

Att förebygga fallolyckor

**Ett funktionellt hjälpmedel för att främja det
fallförebyggande arbetet på den inre medicinska
avdelningen på Åbolands sjukhus**

Kajan Ashtiani

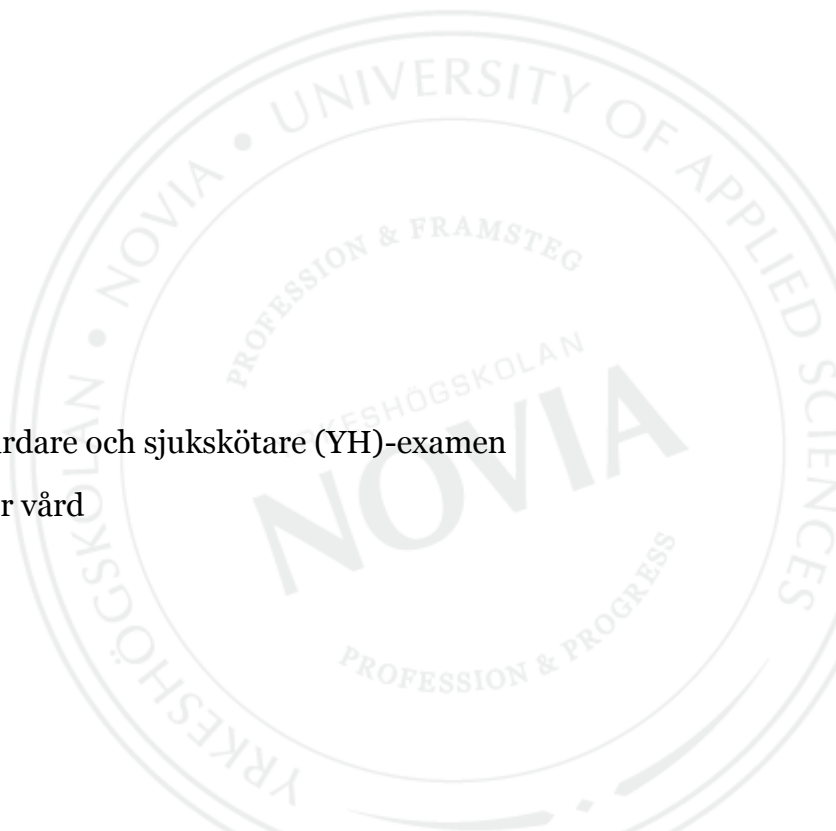
Susanna Kotkamaa

Madeleine Lindgren

Examensarbete för hälsovårdare och sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Åbo 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Kajan Ashtiani, Susanna Kotkamaa & Madeleine Lindgren

Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård, Åbo

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård och vårdarbete

Handledare: Minna Syrjäläinen-Lindberg & Gunilla Häggblom-Renvall

Titel: Att förebygga fallolyckor – Ett funktionellt hjälpmedel för att främja det fallförebyggande arbetet på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus

Datum 05/2016

Sidantal 56

Bilagor 5

Abstrakt

Detta examensarbete är en del av projektet We Can - We Care vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo. Projektet är beställt av den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus och bäddavdelningen på Pargas hälsovårdscentral. Denna del av projektet ska utveckla effektiva åtgärder, som kan förebygga fallolyckor på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus.

Syftet med detta arbete är att främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor för riskpatienter genom att utveckla ett funktionellt patientcentrerat hjälpmedel utgående från FRAT (Falls Risk Assessment Tool = kort bedömning av fallrisk). Arbetets frågeställningar är följande: Vilka är de effektiva åtgärderna för att förebygga fallolyckor? Hur kan vi främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus?

Examensarbetet utgår ifrån ett kvalitativt perspektiv och använder metoden systematisk litteraturstudie, där data samlas in systematiskt med hjälp av utvalda sökord och analyseras på ett induktivt sätt. Resultatet av analysen ger effektiva åtgärder för att förebygga fallolyckor, riktlinjer för användning av riskbedömningsverktyg samt hur vårdpersonal kan engageras och motiveras.

Utgående från resultatet utvecklas ett funktionellt hjälpmedel som omfattar både ett verktyg och en affisch. Tillsammans fungerar de som ett enhetligt redskap i det dagliga arbetet på avdelningen. Tanken med hjälpmedlet är att främja patientsäkerheten, ge en tryggare vårdmiljö, spara resurser samt engagera och motivera vårdpersonal i det fallförebyggande arbetet.

Språk: Svenska

Nyckelord: patient, över 65 år, äldre, stroke, fallolycka, riskbedömning, förebyggande åtgärder, patientsäkerhet, patientcentrering, avdelningsvård, vårdpersonal, medvetenhet, engagemang

OPINNÄYTETYÖ

Tekijät: Kajan Ashtiani, Susanna Kotkamaa & Madeleine Lindgren

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utbildningsprogrammet för vård, Turku

Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Hälsovård ja vårdarbete

Ohjaajat: Minna Syrjäläinen-Lindberg & Gunilla Häggblom-Renvall

Nimike: Kaatumisonnettomuuksien ehkäiseminen – Toiminnallinen apuväline kaatumisia ehkäisevään työhön sisätautiosastolla, Turunmaan sairaalassa/Att förebygga fallolyckor – Ett funktionellt hjälpmedel för att främja det fallförebyggande arbetet på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus

Päivämäärä 05/2016

Sivumäärä 56

Liitteet 5

Tiivistelmä

Opinnäytetyö on osa ruotsinkielisen ammattikorkeakoulu Novian hanketta We Can – We Care. Hankkeen tilaajat ovat Turunmaan sairaalan sisätautiosasto ja Paraisten terveystieteiden vuodeosasto. Tällä hankkeen osalla on tarkoitus kehittää tehokkaita toimenpiteitä, jotka voivat ehkäistä kaatumisonnettomuuksia Turunmaan sairaalan sisätautiosastolla.

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää hoitohenkilökunnan tietoisuutta riskipotilaiden kaatumisonnettomuuksien ehkäisemisestä kehittämällä toiminnallinen potilaskeskeinen apuväline, jonka lähtökohtana on FRAT (Falls Risk Assessment Tool = lyhyt kaatumisvaaran arviointi). Työn kysymyksenasetteluna on: Mitkä ovat tehokkaita toimenpiteitä ehkäisemään kaatumisonnettomuuksia? Kuinka voimme edistää hoitohenkilökunnan tietoisuutta kaatumisonnettomuuksien ehkäisemisestä Turunmaan sairaalan sisätautiosastolla?

Opinnäytetyön lähtökohta on laadullinen näkökulma ja työssä käytetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää, jossa dataa kerätään systemaattisesti valittujen hakusanojen avulla ja analysoidaan induktiivisella tavalla. Analyysin tuloksena saadaan tehokkaita toimenpiteitä kaatumisonnettomuuksien ehkäisemiseksi, riskiarviointivälineen käytön suuntaviivat ja tapa millä hoitohenkilökunta saadaan omistautumaan ja motivoitumaan.

Tuloksen pohjalta kehitellään toiminnallinen apuväline, joka sisältää sekä työkalun että julisteen. Yhdessä ne toimivat yhtenäisenä välineenä osaston jokapäiväisessä työssä. Apuvälineen tarkoitus on edistää potilasturvallisuutta, antaa turvallisemman hoitoympäristön, säästää resursseja sekä saada hoitohenkilökunta omistautumaan ja motivoitumaan kaatumisia ehkäisevään työhön.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: potilas, yli 65 vuotias, iäkäs, aivohalvaus, kaatumisonnettomuus, riskiarviointi, ehkäisevät toimenpiteet, potilasturvallisuus, potilaskeskeisyys, osastohoito, hoitohenkilökunta, tietoisuus, omistautuminen

BACHELOR'S THESIS

Authors: Kajan Ashtiani, Susanna Kotkamaa & Madeleine Lindgren

Degree Programme: Degree Programme in Nursing, Turku

Specialization: Hälsovård and vårdarbete

Supervisors: Minna Syrjäläinen-Lindberg & Gunilla Häggblom-Renvall

Title: Preventing fall accidents – A functional tool to promote fall prevention at the Internal Medicine Ward at Turunmaa hospital/Att förebygga fallolyckor – Ett funktionellt hjälpmedel för att främja det fallförebyggande arbetet på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus

Date 05/2016

Number of pages 56

Appendices 5

Summary

This Bachelor's thesis is a part of the project We Can - We Care at Novia University of Applied Sciences in Turku. The Internal Medicine Ward at Turunmaa Hospital and the General Ward at Pargas Care Station ordered the project. This part of the project is to develop effective measures that can prevent fall accidents at the Internal Medicine Ward at Turunmaa Hospital.

The purpose of this thesis is to promote awareness about preventing fall accidents for risk patients among nursing staff by developing a functional patient-centered tool on the basis of FRAT (Falls Risk Assessment Tool = short assessment of fall risk). The issues are the following: Which measures are effective in order to prevent fall accidents? How can we promote awareness about preventing fall accidents among nursing staff at the Internal Medicine Ward at Turunmaa Hospital?

The thesis is based on a qualitative approach and a systematic literature survey, where the data is collected systematically with the help of selected keywords and analyzed on an inductive approach. The results of the analysis give effective measures to prevent the risk of falling, guidelines for the use of risk assessment tools and how nursing staff can be involved and motivated.

On the basis of the results a functional tool is developed that includes both an instrument and a poster. Together they work as a unified tool in the daily work of the ward. The concept of the tool is that it promote patient safety, create a safer environment, save resources and also involve and motivate nursing staff in fall prevention.

Language: Swedish

Key words: patient, over 65 years, elderly, stroke, fall accident, risk assessment, preventive measures, patient safety, patient centered care, inpatient care, nursing staff, awareness, engagement

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund	1
1.2	Den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus.....	3
1.3	Syfte, mål och frågeställningar	5
1.4	Avgränsning av ämnet.....	5
1.5	Kompetenser för sjukskötare, hälsovårdare och examensarbetet	6
2	Centrala begrepp	7
3	IKINÄ-projektet och FRAT	9
4	Orsaker bakom fallolyckor och riskfaktorer	13
5	Utmaningar med att förebygga fallolyckor	15
6	Fallförebyggande åtgärder	16
6.1	Vårdpersonalens perspektiv och mångprofessionalitet.....	16
6.2	Bedömning av patientens risk för att falla	18
6.3	Miljörelaterade åtgärder	20
6.4	Mobilisering och handledning.....	23
6.5	Medicinering	24
6.6	Förebyggande åtgärder för strokepatienter.....	25
7	Evidens och implementering av bästa praxis.....	27
8	Patientcentrerad synvinkel	30
9	Vårdpersonalens engagemang.....	32
10	Systematisk litteraturstudie.....	35
10.1	Datainsamling.....	37
10.2	Analys och resultat	38
11	Vårt funktionella hjälpmedel.....	43
12	Arbetsprocess och arbetsfördelning	44
13	Kritisk granskning och diskussion	45
	Källförteckning	53

Figurförteckning

Figur 1. Verksamhetsmodellen för fallförebyggande åtgärder	2
Figur 2. FRAT-modellen utarbetad inom IKINÄ-projektet	12
Figur 3. Begreppskarta från analysen om fallförebyggande åtgärder	40
Figur 4. Begreppskarta från analysen om användning av riskbedömningsverktyg	41
Figur 5. Begreppskarta från analysen om vårdpersonalens engagemang	42

Bilagor

Bilaga 1	Tabell 1. Sökord och sökordskombinationer
Bilaga 2	Tabell 2. Artikelsökning
Bilaga 3	Tabell 3. Presentation av artiklar med resultat och motivering av val
Bilaga 4	Vårt verktyg
Bilaga 5	Vår affisch

1 Inledning

Detta examensarbete är ett av fyra examensarbeten inom utbildningsprogrammet för vård och det sociala området som hör till projektet We Can - We Care vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo. Bäddavdelningen på Pargas hälsovårdscentral och den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus har beställt projektet. Syftet med projektet är att utgå ifrån de behov projektbeställarna har och utveckla det kliniska vårdarbetet gällande läkemedelsbehandling, nutrition/vätskebalans och förebyggande av fallolyckor, utgående från evidensbaserad vård. Projektet är mångprofessionellt och är ett samarbete med olika yrkesmänniskor från arbetslivet. (Yrkeshögskolan Novia i Åbo, 2015).

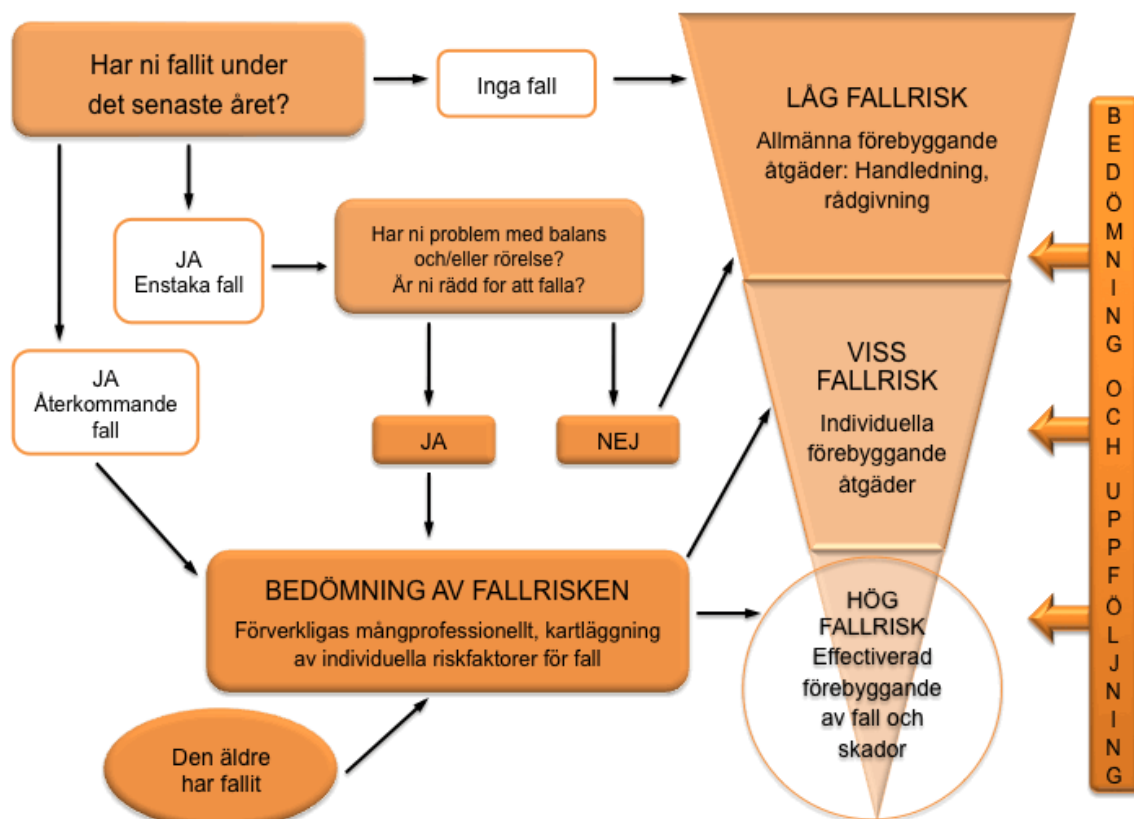
Bäddavdelningen på Pargas hälsovårdscentral har beställt följande arbeten: ”Att förebygga fallolyckor” och ”Att utveckla läkemedelsbehandlingen på avdelningen”. Den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus har beställt följande arbeten: ”Att förebygga fallolyckor” och ”Att öka personalens medvetenhet om nutritionens/vätskebalansens betydelse för patienten”. Det förväntade resultatet av projektet är nya processer, modeller, verktyg och annat material för beställarna. (Yrkeshögskolan Novia i Åbo, 2015).

Vår grupp består av två hälsovårdstuderande och en sjukskötarstuderande. Vårt examensarbete har rubriken ”Att förebygga fallolyckor” på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus. Inom vårt examensarbete utvecklar vi ett hjälpmedel som kan främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor, enligt avdelningens behov och önskemål.

1.1 Bakgrund

Fallolyckor är ett stort problem bland äldre personer i Finland och i andra västerländska länder. Fallolyckor bland äldre personer är en vanlig dödsorsak; för äldre män är 65 % av dödsolyckorna en fallolycka och för äldre kvinnor 77 %. Varje år dör totalt 1300 människor i Finland som är 65 år eller äldre som en följd av fallolycka. En stor del av de personer som har fått skador på grund av ett olycksfall vårdar sig själva hemma. Med stigande ålder kan skadorna från fallolyckor bli allvarigare, vilket ofta leder till att den skadade behöver få professionell hjälp och vård på sjukhus. Olycksfall bland äldre kostar stora summor i sjukhus- och hälsovårdskostnader samt kräver stora resurser. (Pajala, 2012, s. 7-8).

IKINÄ-projektet är ett program för att förebygga fallolyckor bland äldre. Programmet grundar sig på evidensbaserad kunskap om förekomsten av äldres fall, bedömning av fallrisken samt kartläggning av riskfaktorerna för fall. IKINÄ-projektet använder sig av en verksamhetsmodell, som är ett ramverk för att införa förebyggande åtgärder och minska risken för fallolyckor och skador i samband med fall. IKINÄs verksamhetsmodell för att kartlägga risker för fallolyckor visas i figur 1. Modellen utgår ifrån frågor om tidigare fall, balansproblem och rädsla för fall. (Institutet för hälsa och välfärd a, 2015).



Figur 1. Verksamhetsmodellen för fallförebyggande åtgärder (Institutet för hälsa och välfärd a, 2015)

Tzeng och Yin (2015, s. 326) diskuterar ett alternativ för att minska på antalet fallolyckor och skador relaterade till dessa olyckor. Ansatsen är att engagera patienter i det preventiva arbetet mot fallolyckor på sjukhus. Fallolyckor är en börda för patienten, sjukhuset och hela samhället. Tzeng och Yin för fram patientens perspektiv gällande preventiva program och det faktum att patientcentrering rekommenderas i preventiva åtgärder. Det finns emellertid en klyfta mellan forskning och det kliniska arbetet på sjukhusen.

Patienter ska få utrymme och möjlighet att bli aktiva deltagare i det förebyggande arbetet under sjukhustiden. Alla patienter har rätt att få vård av god kvalitet gällande förebyggande

av fallolyckor, utgående från patientens risk för att falla. Genom att utgå ifrån patienten kan vistelsen på sjukhuset blir tryggare. Preventiva program borde uppmuntra patienters deltagande under sjukhusvistelsen. Endast ett fåtal av de preventiva programmen inom öppenvården tar i beaktande patientens engagemang. Inom avdelningsvården hittades inga preventiva program som tog fasta på patientens deltagande. (Tzeng & Yin, 2015, s. 330, 332-333).

Vi vill således utveckla ett funktionellt patientcentrerat hjälpmedel, som kan användas för riskpatienter vid sjukhusinläggning. Avsikten är att patientens perspektiv tydligt ska komma fram och lämpliga åtgärder sätts in enligt individuella behov. Patienten ska vara i fokus under hela processen. Patientcentrerade metoder, där patientens delaktighet prioriteras, är den aktuella utgångspunkten för det förebyggande arbetet inom vården. När patienten blir delaktig i riskbedömningsprocessen och i planeringen av lämpliga åtgärder för att förebygga fallrisken kan patienten lättare inse sin risk för att falla, vilket redan det kan vara förebyggande.

1.2 Den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus

Den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus har 15 sängplatser på 6 rum. Patienterna kommer till avdelningen för vård av olika sjukdomar; bl.a. stroke, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och andra lungsjukdomar, minnessjukdomar, hjärtsjukdomar, sjukdomar i de inre organen (främst i mag- och tarmkanalen, lever och njurar) samt för eftervård från Åbo Universitetscentralsjukhus. På avdelningen utförs också varje vardag skopier, vilket innebär att patienten är på avdelningen ett dygn för tömning av mag-tarmkanalen och för undersökningen. Åldern på patienterna som vårdas på avdelningen varierar, men medelåldern är över 65 år. Yngre patienter vårdas emellertid också på avdelningen. Vårdtiden är i medeltal några dagar men det finns även patienter, oftast äldre, som tillbringar flera veckor på avdelningen. (personlig kommunikation med Lehtikainen, 10.2.2016).

På vardagar under morgonskiftet finns det alltid fyra vårdare. Vårdarbetet är uppdelat i två moduler och en sjukskötare från varje modul samarbetar med avdelningsläkaren och ansvarar för medicinutdelningen. Under kvällsskiftet finns tre vårdare på avdelningen och under natten två vårdare. Under helgerna är personalstyrkan en vårdare mindre per skift, förutom under nattsiftet. (personlig kommunikation med Lehtikainen, 10.2.2016).

Enligt Lehtiköinen (personlig kommunikation, 10.2.2016), som är t.f. avdelningsskötare på avdelningen, inträffar fallolyckorna vanligtvis under natten eller i samband med toalettbesök. Det är vanligen äldre patienter med minnessjukdomar, eller patienter som kommer in för tarmtömning, som faller.

De förebyggande åtgärder som man på avdelningen använder sig av är halksockor, alarm vid sängar och på toaletter (men inte armbandsalarm), sängskena, olika hjälpmedel t.ex. uppresningsstöd och rullatorer, övervakningskamera i två enkelrum, urinflaskor och pottstolar nattetid samt stödhandtag på toaletter och i korridorer. Utöver detta så har avdelningen också tillgång till en fysioterapeut som kommer för att mobilisera och öva uppstigningstekniker med patienterna. Dessa förebyggande åtgärder används i det dagliga arbetet, men det finns brister i systematiseringen och dokumenteringen. Avdelningen har inte någon systematisk rutin för dokumenteringen av fallolyckor och fallrisk för patienter. (personlig kommunikation med Lehtiköinen, 10.2.2016).

Lehtiköinen (personlig kommunikation, 10.2.2016) önskar att vi i vårt examensarbete främjar implementeringen av riskbedömningsprotokollet FRAT (Falls Risk Assessment Tool = kort bedömning av fallrisk), som avdelningen bör använda i praktiken men som för tillfället främst används i teorin. Avdelningen har använt FRAT endast några få gånger och då har det varit sjukskötare som bedömt patientens risk för fall utgående från patientjournalen. Avdelningen tog i bruk FRAT från IKINÄ-projektet i slutet av år 2015 och programmet introducerades för vårdpersonalen av avdelningsskötaren. Avdelningen försöker statistikföra fallolyckor med HaiPro (rapporteringsystem för negativa händelser och farliga situationer inom social- och hälsovården), men i nästan alla fall blir det ogjort på grund av olika orsaker. Enligt HaiPro-statistiken för avdelningen, skulle endast fem fallolyckor ha inträffat år 2015. Lehtiköinen anser att detta är långt ifrån sanningen. För att påminna vårdpersonalen om användningen av HaiPro önskar avdelningen att vår produkt nämner att HaiPro-anmälan ska göras om fallolycka inträffar och vid tillbud. Avdelningens rutiner när en fallolycka inträffat är att hjälpa och undersöka patienten, kalla på förstärkning om det behövs och sedan dokumentera händelsen i patientens journal.

Enligt Lehtiköinen (personlig kommunikation, 10.2.2016) är vårdpersonalen på avdelningen motiverade att använda FRAT och tillämpa rekommenderade åtgärder, speciellt om det kommer från utomstående som har relevant och ny kunskap. Lehtiköinen anser även att personalen har kunskap om fallolyckor och förebyggande åtgärder.

1.3 Syfte, mål och frågeställningar

Vi anser att det redan finns medel för att förebygga fallolyckor, problemet är att dessa inte används på ett effektivt sätt. Vi vill utveckla ett enkelt och koncist hjälpmedel som snabbt kan tas i bruk, även av vikarier och nyanställda. Syftet med detta examensarbete är att främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor för riskpatienter genom att utveckla ett funktionellt patientcentrerat hjälpmedel utgående från FRAT (Falls Risk Assessment Tool = kort bedömning av fallrisk). FRAT-modellen är tillämpad inom IKINÄ-projektet och används för riskpatienter på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus.

Målet med examensarbetet är att utveckla effektiva åtgärder, som kan tillämpas i förebyggande syfte och att stöda förankringen av FRAT på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus. Vårt arbete kan öka patientsäkerheten, ge en tryggare vårdmiljö och spara resurser.

Våra frågeställningar är följande: Vilka är de effektiva åtgärderna för att förebygga fallolyckor? Hur kan vi främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus?

1.4 Avgränsning av ämnet

Detta examensarbete avgränsas enligt behov och önskemål från projektbeställaren, d.v.s. den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus. Arbetet tar upp fallolyckor som inträffar i sjukhusmiljö. Arbetet omfattar tillämpning av FRAT-modellen i förebyggande syfte i det dagliga arbetet och strävar till att engagera och handleda vårdpersonalen på avdelningen att aktivt använda FRAT-modellen. Med vårdpersonal avser vi vårdare på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus, som är i närkontakt med patienter. Dessutom utarbetas rekommenderade preventiva åtgärder, som kan anpassas till ett patientcentrerat sätt och kopplas till FRAT-modellen. De rekommenderade preventiva åtgärderna anpassas till avdelningens karaktär och ska vara kostnadseffektiva. Patientcentrering avgränsas till att omfatta på vilket sätt FRAT-modellen används av vårdpersonalen och hur de preventiva åtgärderna sätts in. FRAT-modellen är ursprungligen ämnad för äldre patienter. Med äldre patienter avser vi patienter med en ålder över 65 år. Enligt avdelningens önskemål vill vi utöka användningen av FRAT-modellen till en annan riskgrupp för fallolyckor, nämligen patienter med neurologiska sjukdomar och då speciellt patienter som har haft stroke.

1.5 Kompetenser för sjukskötare, hälsovårdare och examensarbetet

En yrkesmänniska inom hälsovården ska ha omfattande kompetenser. Till sjukskötarens kunskapsområde hör etisk-, klinisk-, hälsofrämjande-, mångkulturell-, samhällelig-, ledarskaps-, undersöknings- och utvecklingskompetens samt kompetens i läkemedelsbehandling, beslutsfattande, samarbete, handledning och undervisning. Utöver dessa kompetenser hör även kompetens i hälsofrämjande och folkhälsoarbete, samt kompetens i samhällsrelaterat och mångkulturellt hälsovårdsarbete till hälsovårdarens kunskapsområde. (Undervisningsministeriet, 2006, s. 63-70, s. 85-90).

Vårt examensarbete fokuserar på sjukskötarens och hälsovårdarens kompetens i hälsofrämjande vårdarbete. Genom att förebygga fallolyckor främjas patienters hälsa. Den hälsofrämjande kompetensen är av centralt värde för både sjukskötaren och hälsovårdaren i det dagliga arbetet med patienter. Undervisningsministeriet (2006) för fram sjukskötares och hälsovårdares kärnkompetenser, som krävs i arbetslivet av den utexaminerade från en yrkeshögskola. I definieringen av kompetenser som krävs i hälsovården är patientsäkerheten en central faktor. Vårt examensarbete stöder patientsäkerheten på ett hälsofrämjande sätt genom att det förebygger fallolyckor.

Enligt Undervisningsministeriet (2006, s. 64) ska sjukskötaren och hälsovårdaren i det hälsofrämjande arbetet identifiera och förutse individens och samhällets hälsoproblem och hot. Sjukskötaren och hälsovårdaren ska stöda och aktivera människan på individ-, familje- och samhällsnivå, genom att lära denna att ta ansvar för upprätthållande och främjande av hälsa, resurser och funktionsförmåga samt utgå ifrån ett rehabiliterande arbetssätt. I sitt arbete är sjukskötaren och hälsovårdaren sakkunnig och beaktar hållbar utveckling och miljön på ett förebyggande sätt.

För att uppnå de kompetenser som föreskrivs i examensarbetet fördjupar vi vår kunskap och färdighet inom ett centralt kompetensområde för sjukskötare och hälsovårdare, nämligen hälsofrämjande vårdarbete. Genom vårt arbete utvecklar vi vårt yrkesområde och vi lär oss presentera, diskutera samt kritiskt granska utvecklingsprojekt på ett vetenskapligt sätt. Genom att samarbeta med yrkesmänniskor vid Åbolands sjukhus, utför vi forsknings- och utvecklingsverksamhet i en mångprofessionell miljö. Vårt arbete utgår från ett resursförstärkande perspektiv, där patienten är i fokus. Vårt arbete tillämpar vårdvetenskapens metaparadigm genom att se människan, hälsan, vården och världen som en helhet. Examensarbetet stöder vår kompetens i samarbete samt undersökning och utveckling.

Sjukskötaren och hälsovårdaren fungerar som sakkunniga inom vårdarbete i en mångprofessionell arbetsgemenskap, i projekt och i nätverk. Till yrket hör både att konsultera andra sakkunniga inom området och själv fungera som sakkunnig för konsultation. Arbetet ska präglas av ett jämställt samarbete, med patienten som utgångspunkt. Till kompetenserna hör även att forska och utveckla evidensbaserad vård. Sjukskötaren och hälsovårdaren ska koordinera och leda arbetet samt fungera som ansvariga för kvaliteten på vårdarbetet och utvecklingen. Till yrkesrollen hör att identifiera och föra fram utvecklingsbehov gällande vårdarbete samt att undersöka, utvärdera och utveckla sitt eget arbete och främja vårdarbetets kvalitet och effektivitet. (Undervisningsministeriet, 2006, s. 66).

2 Centrala begrepp

En **fallolycka** definieras som en obestämd händelse där individen faller på golvet eller faller på någonting. En fallolycka kan ske när som helst, var som helst och drabba vem som helst. (Swann, 2008, s. 294). Hill och Fauerbach (2014, s. 24-25) definierar ett fall som en oplanerad händelse, som innebär att patienten faller på golvet eller marken, oberoende om fallet orsakar skador. Fall kan delas upp i tre olika kategorier; fysiologiska fall, oväntade fall och olycksfall. Fysiologiska fall är fall som man kan förutse i viss mån. Hit hör 78 % av alla fall och de är vanliga bland äldre patienter med riskfaktorer. Oväntade fall, består till 8 % av alla fall, och hit hör fall p.g.a. underliggande sjukdom som ingen kunnat förutse, t.ex. sjukdomsanfall. Olycksfall omfattar 14 % av alla fall, och hit hör fall som beror på att patienten snubblar, halkar och olika fall orsakade av miljön.

Fallolyckor på sjukhus är ett bekymmer för alla vårdaktörer som har huvudansvaret inom hälso- och sjukvården. Resultatet av fallolyckor kan vara akuta eller mindre akuta skador för patienten, längre sjukhusvistelser och ökade sjukhuskostnader. Fastän förebyggande åtgärder och olika tekniker för fallprevention implementeras, så förekommer ändå fallolyckor. (Bergman & Papendick, 2014, s. 182). En fallolycka kan orsaka fysiska, men också psykiska skador för patienten i form av förlust av värdighet. (Swann, 2008, s. 294).

Till **riskgruppen** för fallolyckor hör patienter över 65 år. En av tre personer över 65 år och varannan person över 80 år råkar ut för en fallolycka minst en gång i året. I Finland utgör fallolyckor totalt 80 % av alla olyckor som över 65 åringar råkar ut för. Risken för en fallolycka är betydligt högre hos de personer som fallit tidigare. (Pajala, 2012, s. 7-8).

Patienter med neurologiska sjukdomar, t.ex. patienter som har haft stroke, hör också till riskgruppen för fallolyckor. (Bergman & Papendick, 2014, s. 182).

Jansson, Nordell, Engelheart och Nordlund (2009, s. 134-144) beskriver **förebyggande åtgärder** för fallolyckor hos äldre. Målet med de förebyggande åtgärderna är att de äldre ska ha en så god fysisk, psykisk och social hälsa som möjligt. Fallprevention kan delas upp i flera olika nivåer, bl. a. i individ- och miljonivå. Oberoende av vilken nivå man utgår ifrån, så ska målet alltid vara att skapa förutsättningar för de äldre och upprätthålla deras fysiska, psykiska och sociala hälsa. För att förbättra fallpreventionen krävs ett samarbete med de äldre och delaktighet i den mångprofessionella processen. Den fysiska miljön, oberoende om de äldre är hemmaboende eller bor på en vårdinrättning, bör vara planerad så att risken för fallolyckor är minimal. Vårdpersonalen ska kunna ge råd till de äldre om kläder, möblering, hjälpmedel och andra fallförebyggande åtgärder.

Fallförebyggande åtgärder bör vara en naturlig del i vård- och omsorgsarbetet. Hela samhället bör vara engagerat i det förebyggande arbetet för att minska risken för fallolyckor. Politiker kan delta genom planering av boende för äldre och planering av aktiviteter i utomhusmiljö. Det är väsentligt att redan i planeringsskedet ta i beaktande de äldre och det förebyggande arbetet, med tanke på fallolyckor. Andra åtgärder som är viktiga med tanke på fallprevention, är rehabiliterande åtgärder och tjänster. För att minska risken för fallolyckor och följderna av dessa krävs ökade kunskaper och insatser från politiker, mångprofessionella inom sjukvården och äldreomsorgen samt ett utvecklat föreningsliv som är anpassat för äldre. (Jansson et al., 2009, s. 134-144). Upp till 70 % av alla fallolyckor anses gå att förebygga. (Graham, 2012, s. 267).

Patientcentrering innebär att engagera patienten i planering och utförande av vården, vilket främjar patientsäkerheten. Vårdaren ska se patienten som en värdefull partner, som kan ge viktig information i förverkligandet av vården och i utvecklingen av patientsäkerheten. Målet är att övergå från tanken att vårdaren är den som ensam ska vårda patienten, till att istället tänka att patienten är samarbetspartner och genom att arbeta tillsammans uppnår de bästa resultat. Om patienten inte själv aktivt kan delta i vården, ska vårdaren försäkra sig om att anhöriga får vara involverade i beslutsfattande som gäller vården. (Spruce, 2015, s. 33-36).

Evidensbaserad vård innebär att vetenskaplig kunskap används på ett medvetet och systematiskt sätt, samt att denna kunskap samordnas med tidigare erfarenhet om välfungerande praxis och patientens önskemål. Evidensbaserad vård omfattar ett

förhållningssätt hos vårdpersonalen, d.v.s. en önskan att grunda sina beslut gällande en patientsituation på bästa tillgängliga vetenskapliga bevis, men likaså en process där forskningsresultat inom ett område sammanställs, kvalitetsgranskas, värderas, tolkas och tillämpas på ett systematiskt sätt. För att kunna tillämpa evidensbaserad vård i det dagliga arbetet, ska vårdpersonal analysera varje patientsituation och genom tillgänglig evidens, sin erfarenhet och i samförstånd med patienten, bestämma sig för den åtgärd som med största sannolikhet ger det bästa resultatet för patienten, i enlighet med patientens behov och önskan. Beslut som fattas påverkas också av tillgängliga resurser i den patientspecifika situationen. Evidensbaserad vård ska alltid integreras med vårdpersonalens erfarenhet inom området, empati, ett etiskt förhållningssätt och aktuella vårdteorier. Genom att använda evidensbaserad vård främjas patientsäkerheten i vårdarbetet. Målet är att uppnå det bästa resultatet för den enskilda patienten. (Klang et al., 2014, s. 14-15).

3 IKINÄ-projektet och FRAT

Målgruppen för IKINÄ-projektet är aktörer inom social- och hälsovården samt lednings- och yrkesverksamma inom social- och hälsovården för äldre, inklusive de personer som planerar, organiserar och leder fysiska aktiviteter för äldre. IKINÄ-projektet samarbetar med organisationer och kampanjer som har till uppgift att sprida information och kunskap om fallolyckor och förebyggande åtgärder. (Institutet för hälsa och välfärd b, 2015).

Målet med IKINÄ-projektet är att öka medvetenheten och kunskapen om fallolyckor och om förebyggande åtgärder hos de äldre. Programmet bygger på evidensbaserade förebyggande åtgärder och implementation av hållbara åtgärder och man vill även förbättra kunskapen om förebyggande åtgärder. Programmet strävar till att vara en nationell, sammanhållande funktion för verktyg och bästa praxis för att standardisera förebyggandet av fallolyckor. Med IKINÄ-projektet vill man också framhålla vikten av förebyggande åtgärder i kontakt med beslutfattare som planerar, sammanställer och utför de nationella planerna, rekommendationerna och lagarna om säkerhet och service för de äldre. (Institutet för hälsa och välfärd b, 2015).

”Falls Risk Assessment Tool” (FRAT) är utvecklat av Peninsula Health och deras team av specialister inom fallprevention och har tillämpats inom IKINÄ-projektet. FRAT är ett verktyg, som ska förebygga risken för fallolyckor på vårdinrättningar och äldreboenden. Verktöget är uppbyggt av fyra olika huvudgrupper av riskfaktorer för fallolyckor. Verktöget

anses vara ett första steg i förebyggande av fallolyckor och används uppskattningsvis av cirka 400 verksamheter världen över. (Department of Health & Human Services, 2015).

FRAT består av tre olika delar. Den första delen kartlägger risken för fall, den andra består av en checklista för riskfaktorer och den tredje är en plan för åtgärder. Alla tre delar och en handbok för hur verktyget används ska fungera som ett fullständigt hjälpmedel för att förebygga fallolyckor. Trots allt används ofta den första delen av verktyget som ett screeningshjälpmedel för att kartlägga risken för fallolyckor, utan att inkludera de andra delarna. FRAT är en validerad metod och det rekommenderas inte att man ändrar användningen av verktyget eller använder sig bara av någon del eftersom man då kan minska tillförlitligheten och resultatet inte garanteras. (Department of Health & Human Services, 2015).

Den första delen av FRAT är uppbyggt av fyra huvudgrupper med frågor. Dessa huvudgrupper är: nyligen inträffade fall, daglig användning av läkemedel (vätskedrivande läkemedel, sedativa eller hypnotiska läkemedel, läkemedel som används mot Parkinsons sjukdom, anti-depressiva läkemedel eller anti-hypertensiva läkemedel), psykiska besvär eller sjukdomar (t.ex. depression eller ångest) och den kognitiva funktionsförmågan. Efter att patienten har svarat på frågorna räknas poängen ihop; 5-11 poäng anses utgöra en liten risk för fall, medan 12-15 poäng utgör en större risk för fall och 16-20 poäng innebär en hög risk för fall. Om patienten nyligen haft problem med hälsan som påverkar balansen eller upplever yrsel och svindel, så klassas patienten automatiskt som en högriskpatient för fall. (Department of Health & Human Services, 2015).

Den andra delen av verktyget är en checklista över riskfaktorer för fallolyckor. I denna del är det vårdpersonalen som ska svara på nio frågeställningar, utgående från observation av patientens syn, rörlighet, problem vid förflyttningar, beteende, dagliga aktiviteter (ADL), miljö, eventuella svårigheter med att orientera sig, nutrition, urineringsbesvär och eventuella övriga observationer. Till denna del av riskbedömningsverktyget hör också att vårdpersonalen antecknar de tre senaste fallen som patienten varit med om. Uppgifter om fallet som behövs är i hurudant förhållande det inträffade, hur länge sen det inträffade och om fallet orsakades av balansproblem, en kollaps, var det benen som vek sig eller orsakade svindel fallet. (Department of Health & Human Services, 2015).

Den sista delen av verktyget grundar sig på att vårdpersonalen gör en tabell utgående från del 1 och del 2, en s.k. individuell åtgärdslista för patienten. Orsakerna till de tidigare inträffade fallen och riskfaktorer ska framkomma samt strategier för interventioner och

eventuella remisser till fortsatt vård. Resultatet av verktyget ska slutligen placeras i patientens journal. (Department of Health & Human Services, 2015). I figur 2 visas FRAT-modellen utarbetad inom IKINÄ-projektet och denna modell används på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus. Från modellen kan man se att inga konkreta fallförebyggande åtgärder framkommer, utan endast bedömning av fallrisken.



1 (2)



Hoivapalvelut ja sairaala					
LYHYT KAAUTUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)					
Nimi:					
Syntymäaika:					
Osoite / osasto / huone:					
Asumismuoto: yksin / itsenäisesti / tuetusti					
Arvioinnin tekijän nimikirjaimet					
Arviointipäivämäärä (pv/kk/vv)					
				ARVIOINTIPISTEET	
KAATUMISHISTORIA					
Kaatumiset edeltävän 12 kuukauden aikana	Ei yhtään kaatumista	(2 p.)			
	Yksi tai useampi kaatuminen viimeisen 12 kuukauden aikana	(4 p.)			
	Yksi kaatuminen viimeisen 3 kuukauden aikana	(6 p.)			
	Useampia kaatumisia viimeisen 3 kuukauden aikana	(8 p.)			
LÄÄKITYS					
Rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteenpoistolääkkeet, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet	Ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä	(1 p.)			
	Yksi lääke	(2 p.)			
	Kaksi lääkettä	(3 p.)			
	Useampi kuin kaksi lääkettä	(4 p.)			
HENKINEN TILA					
Onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikatio- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä	Ei mitään mainituista	(1 p.)			
	Vähäisesti yksi tai useampia oireita	(2 p.)			
	Kohtalaisesti yksi tai useampia oireita	(3 p.)			
	Vaikea-asteista ongelmaa yhdellä tai useammalla osa-alueella	(4 p.)			
KOGNITIO/MUISTI					
Pisteytys joko MMSE*-testi-pisteiden tai kysymyksen mukaan	MMSE		Onko muistivaikeuksia?		
	25–30 (1 p.)	Ei vaikeuksia	(1 p.)		
	18–24 (2 p.)	Vähäisiä muisti-vaikeuksia	(2 p.)		
	10–19 (3 p.)	Kohtalaisesti muisti-vaikeuksia	(3 p.)		
	0–12 (4 p.)	Etenevä muistisairaus	(4 p.)		
* Mini-Mental State Examination					
PISTEET YHTEENSÄ (max. 20 p.)					

2 (2)



Hoivapalvelut ja sairaala

LYHYT KAAUTUMISVAARAN ARVIOINTI (FRAT, Falls Risk Assessment Tool)

Kaatumisvaara:	Pisteet	Toimenpiteet
Lievästi kohonnut kaatumisvaara	5–11 p.	Tasapainokyvyn ylläpitäminen. Liikuntakyvyn ylläpitäminen.
Kohonnut kaatumisvaara	12–15 p.	Kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytöiden toteuttaminen.
Erittäin korkea kaatumisvaara	16–20 p.	Välitön kaatumisvaaran arviointi IKINÄ-lomakeella. Arviointiin perustuvien yksilöllisten ehkäisytöiden aloittaminen pikaisesti. Säännöllinen seuranta.

Lähde: Falls Risk Assessment Tool (FRAT-screening component)
 Developed by: Peninsula Health Falls Prevention Service, <http://www.health.vic.gov.au/agedcare>.
 Suomenkielisen käännöksen © THL, IKINÄ, www.tapaturmat.fi.

SUORITUSOHJE

- Arvioinnin tekijä kullakin arviointikerralla merkitsee lomakkeeseen arviointipäivämäärän ja omat nimikirjaimensa.
- Jokaisesta arvioitavasta kohdasta valitaan yksi, arvioitavan henkilön tilaa parhaiten kuvaava vaihtoehto.
 - jos henkilön tila vaihtelee, valitaan heikointa tilannetta/toimintakykyä vastaava vaihtoehto.
- Lasketaan yhteen osioiden pisteet, määritellään kaatumisvaara ja jatkotoimet.

Figur 2. FRAT-modellen utarbetad inom IKINÄ-projektet (Pajala, 2012)

4 Orsaker bakom fallolyckor och riskfaktorer

Swann (2008, s. 294-297) för fram olika faktorer som kan orsaka fallolyckor bland äldre personer. Orsaker till fallolyckor kan delas in i tre olika huvudgrupper; de inre faktorerna, de yttre faktorerna och miljön i vilken den äldre befinner sig i. Till de inre faktorerna hör patientens mående och sjukdomshistoria. Vårdaren ska alltså känna till patientens sjukdomsbakgrund och medicinering så att hen kan vara förberedd på vilka åtgärder som ska tas i beaktande i vården av just den patienten. Varaktiga sjukdomar, så som nedsatt hörsel och syn samt medicinering som påverkar balansen är riskfaktorer för fall. De yttre faktorerna är skor, kläder, hjälpmedel och redskap.

Den tredje faktorn är var den äldre patienten befinner sig när olycksfallet har inträffat. Swann (2008, s. 294-297) beskriver utrymmen och element som kan vara orsaken till fallolycka, t.ex. badrum, trappor, golvytor, korridorer och möbler. Det är vårdarens ansvar att se till att utrymmen där patienten befinner sig är bekväma och att det inte finns saker som kan orsaka fallolyckor.

Enligt Hill och Fauerbach (2014, s. 25-26) är det en komplex interaktion av flera olika riskfaktorer som leder till fallolyckor hos äldre patienter. De för också fram medicinering t.ex. opiater, sederande läkemedel, laxeringsläkemedel och diuretika, nedsatt syn samt kroniska och akuta sjukdomar som riskfaktorer för fallolyckor. Dessutom anser de att inkontinens, urineringsbesvär, smärta, muskelsvaghet och nedsatt rörelseförmåga är viktiga riskfaktorer att ta i beaktande.

Healey och Darowski (2012, s. 170) instämmer med Hill och Fauerbach (2014, s. 25-26) att fallolyckor är en konsekvens av en komplex interaktion av olika riskfaktorer. De anser att de viktigaste riskfaktorerna, förutom de tidigare nämnda, är demens och delirium. Genom att bedöma och utvärdera riskfaktorer samt utarbeta effektiva åtgärder för att behandla, förändra och verkningsfullt tygla riskfaktorerna, kan fallolyckor reduceras signifikant.

Nazarko (2015, s. 193-195) poängterar också att akuta sjukdomar, t.ex. infektioner och odiagnostiserade sjukdomar t.ex. demens, kan leda till brist på rörlighet och instabilitet och är faktorer som kan öka risken för fallolyckor. Andra sjukdomar som kan öka fallrisken är stroke, Parkinsons sjukdom, diabetes och undernäring. Kroniska sjukdomar är ofta orsak till fall, främst i det stadie när sjukdomen förvärras eller om medicineringen inte hjälper. En annan vanlig orsak till fall hos äldre är ortostatiskt blodtryck.

Tzeng och Yin (2012, s. 372-373) har utfört en studie med avsikt att reda ut signifikanta faktorer som kan vara orsaken bakom olika sorters fallolyckor, speciellt relaterade till toalettbesök (n= 547 rapporter om fall över 3 års tid). Ett toalettbesök omfattar vägen till toaletten, aktiviteterna inne på toaletten och hela vägen tillbaka till sängen. Resultaten från undersökningen visar att fallolyckor associerad med toalett- eller badrumsbesök eller besök till pottstol bredvid sängen, hade ett starkt samband med att patienten hade fallit tidigare, att rörelseförmågan var förhindrad och att patienten hade tidigare blivit identifierad som hörande till riskgruppen för fallolyckor. (Tzeng & Yin, 2012, s. 374-375).

Tzeng och Yin (2012, s. 374-375) för fram att strategier och protokoll för förebyggande av fallolyckor ska ta i beaktande patienternas behov av stöd i samband med toalettbesök, eftersom undersökningen visade att 45,2 % av fallolyckorna var associerade med att patienten besökte toaletten. Totalt 15,9 % av fallolyckorna inträffade under vägen till och från toaletten. Från resultaten ses att 51,4 % av alla fallolyckor hände i samband med att patienten steg upp från sängen eller gick tillbaka till sängen, oberoende om det var ett toalettbesök eller inte. Rheume och Fruh (2015, s. 318) däremot för fram att fallolyckor inträffade främst när de äldre patienterna försökte klara sig självständigt och när de inte var övervakade.

Patienter med neurologiska sjukdomar är en riskgrupp för fallolyckor. Bergman och Papendick (2014, s. 182) redogör för andra än de väl kända riskfaktorerna för fallolyckor och undersöker om dessa är unika för människor med neurologiska sjukdomar. Genom att också beakta riskfaktorerna gällande människor med neurologiska sjukdomar stöds vårdpersonalen vid identifiering av patienter med risk för fall. Bergman och Papendick (2014, s. 182) för fram tanken att de förebyggande åtgärderna och de fallpreventiva programmen som används inte fångar upp alla riskgrupper, så som den riskgrupp av patienter som lider av neurologiska sjukdomar.

Enligt Bergmans och Papendicks (2014, s. 184) undersökning (n=58) finns det fyra riskfaktorer för fall som är typiska för människor med neurologiska sjukdomar. Dessa riskfaktorer är användning av ett redskap som hjälpmedel i det dagliga livet, ensidig förlamning, brister i kommunikation samt problem med balansen och yrsel. Dessa fyra riskfaktorer är högt associerade med neurologiska diagnoser och bör beaktas när man vårdar patienter med neurologiska sjukdomar för att förebygga eventuella fall.

5 Utmaningar med att förebygga fallolyckor

Fallolyckor är fortsättningsvis ett stort problem på både sjukhus och vårdhem. Intresset för förebyggande verksamhet växer konstant och det sätts stor vikt vid att utveckla program för förebyggande av fallolyckor. Rein (2005) har besökt många olika sjukhus och vårdhem och har uppmärksammat att anstalterna är överbelastade och att de flesta lider av personalbrist. Därför behövs enkla medel för att behärska situationen så att risken för fallolyckor minskar. (Rein, 2005, s. 9-13).

Fallolyckor från sängen är ofta förekommande olyckor bland sjukhuspatienter. Fallolyckor kan leda till allvarliga skador t.ex. frakturer, inre blödningar och blödningar i hjärnan hos äldre patienter. Dessa skador och en förlängning av sjukhusvistelsen för patienterna blir både kostsamma för individerna, men också för hälso- och sjukvården. Dessa olycksfall kan förknippas med en ökad risk för dödsfall eller försämring av den äldre personens förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet. Om strategier kan implementeras för att minska på skador som kan uppstå när patienten faller ur sängen, är det sannolikt att det kommer att ske en betydande minskning av den totala mängden fallrelaterade skador inom sjukhusen. (Barker, Kamar, Tyndall & Hill, 2013, s. 113).

En äldre patient, som har råkat ut för en fallolycka, kan ha svårt att lita på sig själv och på sin kropps balans när de vistas på andra platser än hemmiljön. Detta kan leda till att den äldre patienten isolerar sig i ett senare skede för att inte råka ut för fallolyckor. (Stern & Jayasekara, 2009, s. 243-244). Sjukhusens och vårdpersonalens uppgift är att skydda patienterna och erbjuda dem en trygg miljö samt vård av hög kvalitet (Graham, 2012, s. 267).

Fall kräver noggranna individuella strategier för att kunna förebyggas. Genom att bedöma och utvärdera riskfaktorer är det möjligt att få fram effektiva åtgärder för att förebygga fall, t.ex. olika protokoll och strategier. Hill och Fauerbach (2014, s. 25-26) anser att varje vårdinrättning behöver ha ett standardprotokoll för riskfaktorerna för fall och för åtgärder som görs när ett fall har skett för att preventiva program ska vara effektiva.

Enligt Healey och Darowski (2012, s. 170, 175) är det första steget mot förebyggande av fallolyckor att erkänna problemets komplexitet och omfattning samt att problemet inte kan lösas med kortvariga och enkla åtgärder. Vårdare uppmärksammas gång på gång av den skada och smärta som fallolyckor kan orsaka både patienter och anhöriga. Detta motiverar vårdare att få till stånd en förändring. Det krävs emellertid effektiva stödsystem som ger

evidensbaserade riktlinjer, protokoll, träning, expertis, verktyg och stöd. För att kunna förebygga fallolyckor krävs dessutom ett mångprofessionellt samarbete. Det är trots allt ett faktum att evidensbaserade metoder inte tillämpas i tillräcklig hög grad i handlingsprogram gällande prevention av fallolyckor inom avdelningsvård.

Fallolyckor är en följd av flera olika riskfaktorer av vilka många kan förebyggas och åtgärdas i god tid. Många äldre patienter är inte medvetna om risken med att falla och vilka möjligheter det finns för att kunna förhindra fallolyckor. Ofta blir riskfaktorerna verkliga när patienten redan har råkat ut för en skada på grund av en fallolycka. Trots att det finns vetenskapliga bevis och kliniska riktlinjer för hur vårdpersonalen ska förebygga fallolyckor och vilka åtgärder som ska användas sker de flesta fallolyckorna inom sjukhusmiljö. Oftast är förklaringen till detta att det inte finns tillräckligt med tid. Glömska och omedvetenhet om patientens allmänna psykiska- och fysiska funktionsförmåga anges ofta som orsaker till fallolyckorna. (Robertson et al. 2010, s. 406-409).

Genom att reda ut vilka tidpunkter under dagen som största delen av fallolyckorna inträffar, var dessa fallolyckor inträffar samt ålder, kön och diagnos hos patienterna som fallit, kan det ge värdefull information för att utveckla ändamålsenliga arbetsmönster, förbättra miljön samt identifiera riskgruppen för fallolyckor. (Healey & Darowski, 2012, s. 174-175).

6 Fallförebyggande åtgärder

Förebyggande av fallolyckor ska ses i ett brett perspektiv där patientens rehabilitering och självständighet gynnas. Alla fallolyckor kan trots allt inte förebyggas, fastän effektiva och evidensbaserade metoder används. Metoderna som används för att förebygga fallolyckor får inte inkräkta på patientens värdighet, integritet och självbestämmanderätt. Genom att systematiskt kontrollera och agera enligt patientens individuella riskfaktorer kan fallolyckor förebyggas. (Healey & Darowski, 2012, s.171). I det följande beskrivs konkreta fallförebyggande åtgärder ur olika perspektiv.

6.1 Vårdpersonalens perspektiv och mångprofessionellitet

Bennett, Ockerby, Stinson, Willcocks och Chalmers (2014, s. 27) har undersökt miljön på ett sjukhus i Australien (n=458) kopplat till patientsäkerhet och förebyggande av fallolyckor. Bennett et al. (2014, s. 27) för fram att det inte finns medel för att mäta miljöns säkerhet ur ett fallförebyggande perspektiv. Undersökningen för fram personalens prioriteringar

gällande vad som borde förbättras på sjukhuset. Detta kan fungera som ett hjälpmedel vid utveckling av strategier för att förebygga fallolyckor och utveckling av ett verktyg för att undersöka miljön ur ett säkerhetsperspektiv.

Studien av Bennett et al. (2014, s. 32-33) för fram vad personalen på det undersökta sjukhuset anser kunde förebygga fallolyckor. De viktigaste aspekterna är adekvat utrustning, personal, kommunaktion och samarbete. Olika sorters tjänster t.ex. fysioterapi, ändamålsenliga skor, enkel och konkret identifikation av patienter med hög risk för att falla, samarbete med anhöriga, riktlinjer och instruktioner för tillvägagångssätt samt genomgång av medicinering är andra viktiga punkter som personalen förde fram. Detta ger viktiga insikter i vad som kunde förbättras för att förebygga fallolyckor effektivt. Studien visade att hälften av alla deltagare i undersökningen hade uppmärksammat att kollegor gjort misstag i sitt arbete som orsakat eller kunde ha orsakat patientskada.

Forskningen av Bennett et al. (2014, s. 34) visar att den vanligaste åsikten hos den undersökta personalen är att en förbättring i utrustningen på sjukhuset kunde vara en direkt åtgärd för att förebygga fallolyckor. Resultaten av denna studie belyser hurudana interventioner som kan göras för att utveckla patientsäkerheten gällande fallolyckor. Dessa är främst förbättring av kommunikationen i mångprofessionella team och en evaluering av utrustningens lämplighet. Dessutom poängteras det att förebyggande av fallolyckor inte får lika stor uppmärksamhet som patientsäkerhet i allmänhet.

Nazarko (2015, s. 197) anser att med hjälp av ett mångprofessionellt team är det möjligt att förhindra många fallolyckor, både i hemmet och på vårdinrättningar. Teamet bör tillsammans med patienten gå igenom riskfaktorer för fall och på detta sätt förebygga fallolyckor och förbättra vårdkvaliteten för patienten. För att förebygga risken för fallolyckor bör vårdpersonalen alltså arbeta i mångprofessionella team tillsammans med de äldre. Hill och Fauerbach (2014, s. 27-28) för också fram att det krävs ett engagerat mångprofessionellt team för att förebygga riskfaktorer för fallolyckor.

Graham (2012, s. 270) anser att för att minska risken för fall bör det finnas ett mångprofessionellt team som är specialiserade på fallprevention. Teamet bör bestå av sjukskötare, farmaceuter och fysioterapeuter. Teamet bör träffas regelbundet och gå igenom de fall som har hänt och hur de hänt samt var de har inträffat, för att i framtiden kunna förebygga liknande fall. Genom att införa effektiva interventioner och åtgärder anser Graham att risken för fallolyckor kan minska. På samma gång som fallolyckorna minskar så minskar komplikationerna av fall och det innebär bättre hälsa och livskvalitet för patienten.

6.2 Bedömning av patientens risk för att falla

Nazarko (2015, s. 193-194) beskriver hur vårdpersonal ska kunna identifiera och förebygga riskfaktorerna för fallolyckor hos äldre patienter. Fallolyckor och rädsla för fall påverkar direkt de äldres känsla av kvalitet i livet. För att vårdpersonal ska kunna minska risken för fallolyckor anser Nazarko att det bör göras en ordentlig anamnes av patienten vid varenda inskrivning, samt en bedömning av patientens fysiska funktionsförmåga och även en granskning av alla läkemedel som patienten använder. När patientens riskfaktorer för fallolyckor identifieras och åtgärdas, ökar patientens funktionella förmåga och psykiska välbefinnande samt kvaliteten på livet förbättras. Enligt Swann (2008, s. 294) är det viktigt att vårdaren i det förebyggande arbetet känner patienten, d.v.s. vårdaren har läst patientens vårdplan, känner till vilka sjukdomar patienten har och vilka mediciner patienten använder.

Enligt fallförebyggande strategier bör en riskbedömning utföras vid patientens ankomst till sjukhuset och i kontinuerliga intervall under hela patientens vistelse där. Det är av stor betydelse att använda riskbedömningsverktyg inom sjukhusmiljön för att kunna förebygga fallolyckor och det kräver engagemang av vårdpersonalen att utföra denna uppgift. (Urquhart-Wilbert, 2013, s. 25-26).

Verktyg för att bedöma risken för fallolyckor kan ha en positiv effekt i det förebyggande arbetet. Genom att använda olika sorters riskbedömningsprotokoll påminns sjuksköterna om att uppmärksamma och bedöma patientens karaktär. Dessa bedömningsprotokoll ska emellertid inte ersätta sjuksköternas förmåga att kritisk tänka och se helheten. (Tzeng & Yin, 2012, s. 374-375). Graham (2012, s. 268-269) diskuterar vidare betydelsen av åtgärder för fallprevention. För att det ska vara möjligt att sätta in förebyggande åtgärder för att minska risken för fall är det sjuksköternas uppgift att identifiera dessa riskfaktorer med hjälp av olika bedömningsprotokoll. Bedömningsprotokollen baserar sig ofta på frågor om patientens dagliga mediciner, sjukdomar och andra symtom som kan öka risken för fall.

Chen (2014, s. 3, 5) för också fram att fallriskbedömningsverktyg rekommenderas för att förebygga fallolyckor på sjukhuset. Potentiella hinder för fallpreventiva program är emellertid ökad användning av hjälpmedel som begränsar patientens rörlighet, användning av mediciner med lugnande verkan och immobilisering av patienter.

Godkända verktyg för undersökning och bedömning av fallolyckors riskfaktorer bör vara en viktig del av vården av äldre patienter, eftersom fallolyckor bevisligen kan förebyggas genom att ta itu med identifierade riskfaktorer. Man ska ta i beaktande inre och yttre faktorer

när man vill identifiera fallolyckornas riskfaktorer. (Slade, 2015, s. 1, 4). Inre faktorerna är t.ex. patientens ålder, rörlighet, balansrubbnings, rädsla för att falla och mediciner. Yttre faktorer består av bl.a. hurdan sjukhusmiljön är, är patienten orienterad, är belysningen tillräcklig och har patienten fått stadiga halkfria skor. (Fong, 2014, s. 1). Det finns alltså särskilda riskfaktorer som står i relation till ett brett tvärsnitt av gruppen äldre patienter, men det är viktigt att komma ihåg att överväga riskfaktorer utanför dessa eftersom varje patient måste bedömas individuellt. (Slade, 2015, s. 4).

Fong (2014, s. 1-3) visar också att det är viktigt att införa preventiva program för att förebygga fallolyckor inom sjukhusmiljön. Det finns flera olika effektiva åtgärder för att förebygga fallolyckor. Dessa inkluderar identifiering av högriskpatienter och vidtagande av åtgärder enligt individuellt behov. Kommunikation mellan personal och anhöriga om patientens risk för fallolyckor är viktigt i förebyggande syfte. Det finns flera olika studier som tyder på att det bör finnas ett formellt dokumenterat riskbedömningsverktyg, som används rutinmässigt för att identifiera riskfaktorer hos patienten och ett rekommenderat handlingsförfarande för förebyggande åtgärder. Patienter som redan har fallit under sjukhusvistelsen bör genomgå en grundlig bedömning och borde betraktas som högriskpatient för fallolycka. Sjukhusets fallförebyggandeprogram bör omfatta mångfasetterade interventioner. Ett tvärvetenskapligt multifaktoriellt interventionsprogram rekommenderas som består av ett program för att mobilisera patienter, användning av ett tecken för att uppmärksamma fallrisk, användning av höftskydd för fallriskpatienter och ett program för utbildning. Sjukvårdspersonal bör få utbildning om fallriskbedömning och effektiva förebyggande åtgärder. D'Arcy (2014, s. 4) instämmer med betydelsen av ett riskbedömningsverktyg. D'Arcy poängterar att den äldre patienten alltid ska tillfrågas under sjukhusvistelsen om denne har fallit under det senaste året och vid jakande svar ska vårdpersonalen reda ut hur, när och på vilket sätt fallolyckan inträffade.

Det finns ett stort antal forskare och organisationer som är inblandade i att utveckla olika riskbedömningsverktyg som kan användas inom olika vårdiscipliner, för vägledning och handledning i hur och vilka åtgärder som ska tillämpas för att förebygga fallolyckor. "Guide to Action for Falls Prevention Tool (GtA)" har utvecklats och formats tillsammans med mångprofessionella team för att åstadkomma bästa möjliga resultat inom olika vårdiscipliner. Verktöget består av ett dokument med frågor om riskfaktorer. Riskfaktorerna är uppdelade i rubrikerna; historia, rörlighet, miljö och personlighet. Enligt forskarna som har tillverkat detta verktyg har dessa riskfaktorer en stor betydelse när det gäller risken för att falla. Dokumentet har också rekommenderade åtgärder som ska vidtas

för varje riskfaktor. Om t.ex. en äldre patient under rubriken ”historia” uppger att hen har fallit två gånger under förra året, blir åtgärden att granska händelserna och ge råd om förebyggande av fallolyckor. Enligt vårdare, som dagligen vårdar äldre patienter, kunde detta verktyg och liknande riskbedömningsverktyg vara till hjälp för att på ett effektivt sätt kunna känna igen och bli medveten om vilka risker som finns för fallolyckor hos den enskilda personen. Då kan lämpliga åtgärder sättas in för de som har risk för att falla. (Robertson et al., 2010, s. 407-410).

Stern och Jayasekara (2009, s. 245-247) för fram att en vårdplan, som innehåller information om eventuella bakgrundssjukdomar hos patienterna, är en viktig del i det fallförebyggande arbetet. På så sätt kan vårdaren, som ska vårda just denna enskilda patient, på förhand förebygga de riskfaktorer som kan finnas för en fallolycka. Resultatet av Sterns och Jayasekaras undersökning visar att en väldokumenterad vårdplan gällande patientens hälsa och välmående, där vårdaren på förhand kunde läsa på och förbereda sig innan patienten togs emot på avdelningen, resulterade i en minskning av fallolyckor bland äldre personer på avdelningen. Enlig Stern och Jayasekara (2009, s. 247-248) behöver det finnas en vårdplan för varje patient där riskfaktorerna och hur man kan förebygga dem tas upp. Vårdplanen har en viktig betydelse för förebyggande av fallolyckor, speciellt inom sjukhusmiljö. Enligt Healey och Darowski (2012, s. 174) ska en noggrann bedömning och intervention göras om en fallolycka inträffar. Vårdplanen ska genomgå och förändras för att förebygga ytterligare fall.

6.3 Miljörelaterade åtgärder

De åtgärder som rekommenderas för de patienter som är i risk för fall ska anpassas till den omgivande miljön, vårdprocessen, kulturen och teknologin. Sjukhuset bör ha heltäckande mattor eller inga mattor alls, minska användning av sängskenor på patientsängarna och sängarna ska alltid vara på låg höjd. (Rheaume & Fruh, 2015, s. 321-323). Urquhart-Wilberts (2013, s. 25-26) instämmer med att patientens säng ska placeras i lågt läge. Barker et al. (2013, s. 113, 119) för också fram betydelsen av låga sängar i sjukhusmiljö som ett hjälpmedel för att förebygga fallolyckor. Sängar på låg höjd kan minska risken för skador som en patient kan drabbas av vid fall jämfört med om hen skulle falla från en högre säng.

Hill och Fauerbach (2014, s. 27-28) för fram olika hjälpmedel för att främja fallprevention men också hjälpmedel för när ett fall redan skett. Exempel på dessa är alarm på de patienter som har högre risk för att falla och alarm som alarmerar för snabba rörelser så att patienten

som fallit snabbt får hjälp direkt efter att olyckan skett. Med tidig vård kan man förebygga skador av fall. Andra förebyggande faktorer är övervakningskameror, höftbyxor samt praktiska åtgärder; t.ex. anpassat golv, utrustade toaletter, avskaffande av hinder (t.ex. ramper eller hack i golven) och färgglada handtag på väggar. Stern och Jayasekara (2009, s. 244-245) instämmer att konkreta förebyggande åtgärder är en förbättring av sjukhusutrymmen, såsom halkfria ytor, handtag och räck på wc och i badrumsutrymmen. Här poängteras även att sängskenor ska användas endast där det är indicerat.

Rheume och Fruh (2015, s. 320) och Urquhart-Wilberts (2013, s. 25-26) poängterar också att de patienter som tillhör riskgruppen för fallolyckor måste ha tillgång till alarmklockor och sängalarm kontinuerligt för att kunna söka hjälp när det behövs och de ska övervakas av vårdpersonalen. Vårdpersonalen ska berätta för patienter som befinner sig i riskgruppen upprepande gånger att de ska alarmera när de behöver hjälp, även för små ärenden. (Rheume & Fruh 2015, s. 320). Förutom de tidigare nämnda praktiska åtgärderna för att förebygga fallolyckor på sjukhus för Graham (2012, s. 268-269) fram duschstolar som ett hjälpmedel. Videoövervakning är en annan åtgärd som hjälper vårdpersonalen att ingripa snabbt när de ser att det finns risk för fall eller när patienten redan fallit.

Balans och rörlighet är faktorer som orsakar många fallolyckor, speciellt hos äldre. Gånghjälpmedel så som stavar, rullatorer och käppar ökar stabiliteten och kan förbättra balansen. (Nazarko, 2015, s. 194). Det krävs emellertid en bedömning av funktionsförmåga vid val av ett passande gånghjälpmedel. Ramens höjd bör anpassas så att personen i fråga kan böja armbågen i en vinkel på 15-30 grader när hen håller i gånghjälpmedlet. Patienter ska instrueras att använda gånghjälpmedlet och övervakas för att garantera trygg övning på olika ytor. För personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom rekommenderas ett gånghjälpmedel med höga hjul framom ett gånghjälpmedel utan hjul. Personer med kognitiva svårigheter bör inte heller använda ett gånghjälpmedel utan hjul. (Jayasekara, 2015, s. 1, 4). Hjälpmedel, apparater och redskap ska regelbundet kontrolleras att de fungerar. Det är viktigt att rollatorn är på rätt höjd och att andra redskap som används vid gående är i gott skick. (Swann, 2008, s. 295).

Angående användningen av medel som hindrar patienters rörelseförmåga på vårdinrättningar har det visat sig att en vårdmiljö där hinder och tvång inte förekommer är att rekommendera. Det bör vara en rutin på inrättningarna att vårdpersonalen genomgår utbildning och vägledning för att minska användningen av tvång och hinder i det vardagliga arbetet. Behovet av hinder och tvång ska inte ses som en självklar åtgärd utan bör granskas

och uppdateras regelbundet. Om vårdpersonalen är tvungen att ha äldre patienter fastbundna på vårdinrättningarna så bör de vara under uppsikt för sin egen säkerhet. Äldre människors värdighet och självbestämmanderätt ska respekteras när man planerar vårdstrategierna. (Khanh Dao Le, 2014, s. 1, 4).

Sängskenor är ofta associerade med fallprevention, men det finns faktorer som måste beaktas gällande användningen. För vårdpersonalen kan det vara svårt att besluta om användning av sängskenor då de vill skydda patienten mot skada, men samtidigt vill de använda så lite hinder i vården som möjligt och respektera patientens självbestämmanderätt. Vid beslutsfattande gällande användning av sängskenor måste fördelar och risker övervägas, speciellt gällande patienter med nedsatt kognitiv förmåga. Beslutsfattningen ska involvera patienten i så stor utsträckning som möjligt. Patientens anhöriga ska även involveras, speciellt om patienten har nedsatt kognitiv förmåga. (Shanahan, 2011, s. 278-279).

Sängskenor ska användas endast om patienten anses vara i risk för att oavsiktligt glida, rulla eller falla ut ur sängen, eller för att lugna en patients rädsla för att falla, alltid i samförstånd med patienten. Patientens aktuella risk för fall och huruvida det är tryggt för patienten att använda sängskenor ska utredas. Om patienten är orolig eller desorienterad och antas kunna försöka ta sig ur sängen eller klättra över sängskenan rekommenderas inte användning av sängskena, utan andra alternativ ska övervägas. Beslutet om användning av sängskena ska vara överenskommet, övervägt, dokumenterat, kontinuerligt uppdaterat och alla involverade ska vara medvetna om beslutet. Beslutet ska präglas av respekt för självbestämmanderätt, integritet, värdighet men också fysisk säkerhet. (Shanahan, 2011, s. 278-279). Stern och Jayasekara (2009, s. 245) instämmer att sängskenor ska användas endast där det är indicerat.

Swann (2008, s. 295) och Urquhart-Wilberts (2013, s. 25-26) poängterar vikten av att skorna som patienterna använder inte är hala och att de är stadiga på foten. Enligt Swann (2008, s. 295) rekommenderas inte sandaler utan stödband, högklackade skor och sandaler utan bindning. Skorna ska ha en skön och mjuk sula och det är viktigt att skorna inte är för stora. Dessutom ska patientens kläder vara rätt storlek för att inte fastna t.ex. i dörrhandtag. Klänningar och byxor ska inte vara för långa.

Vass, Edwards, Smith, Sahota och Drummond (2015, s. 231, 255) för också fram vikten av lämpliga skor i förebyggande av fallolyckor hos äldre patienter. De utförde en undersökning (observation, n=675 och intervju n=8) gällande hurudana skor som används av äldre patienter på ett sjukhus i England. Undersökningen visade att den vanligaste formen av skor var tofflor (46 %) och halksockor (37 %). Den största delen av skorna hade en bra passform,

men över 50 % hade en nöjaktig struktur, stöd och stabilitet medan ca 60 % saknade stötdämpning och fixering. Över 60 % av skorna hade använts längre än 1 år och var slitna. I undersökningen kom det fram att patienter prioriterade att använda egna skor under sjukhusvistelsen. Det visade sig att patienterna i undersökningen var endast lite medvetna om kopplingen mellan att använda olämpliga skor och risken för fallolycka.

Vass et al. (2015, s. 225, 231-232) kom fram till att många patienter använder skor som inte är optimala för att ge stöd och stabilitet. Speciellt tofflor var populära att använda tack vare sin bekvämlighet, men dessa gav inte den struktur som behövs för att ge tillräckligt stöd. Genom att bedöma och uppmärksamma kvaliteten på skor samt tillhandahålla lämpliga skor för patienterna under sjukhusvistelsen kan patientsäkerheten öka, speciellt för äldre patienter. Detta är ett enkelt och kostnadseffektivt sätt att förebygga fallolyckor.

6.4 Mobilisering och handledning

Evidensbaserad forskning (Lizarondo, 2015, s. 1-2) visar att patienter som tillbringar en lång tid som sängliggande under sjukhusvistelsen ska ordinerar skraddarsydda träningsprogram och tidig mobilisering, för att förebygga de komplikationer som uppstår av sängläge och som kan leda till fall. Rheume och Fruh (2015, s. 321) rekommenderar balansövningar som en del av mobiliseringen.

En äldre person, som tidigare har råkat ut för en fallolycka eller har risk för att falla, bör observeras och åtgärder sätts in som förbättrar patientens styrka och balans. Ett program för mobilisering rekommenderas för dessa riskpatienter. Här poängteras ett tvärvetenskapligt multifaktoriellt interventionsprogram som rekommenderad praxis, d.v.s. förutom ett program för att mobilisera patienter även användning av ett tecken för att uppmärksamma fallrisk, användning av höftskydd för fallriskpatienter och ett program för utbildning. En individuell plan för den enskilda patienten rekommenderas där hen får undervisning om riskfaktorer och förebyggande metoder för fallolyckor och vilka åtgärder det är som rekommenderas. Mobilisering, t.ex. promenader, balans- och styrketräning, ska rekommenderas enligt patientens fysiska och psykiska välmående. Patienter med försämrad kognitiv förmåga ska uppmärksammas i preventiva program. (D'Arcy, 2014, s. 4).

Enligt Stern och Jayasekara (2009, s. 244-245) borde de faktorer som är i relation till den äldres vardag och som direkt kan leda till fallolyckor beaktas. För att kunna förebygga fallolyckor ska handledning och undervisning ges åt den äldre, så att hen bättre kan skydda sig mot riskfaktorer. Patienten borde få handledning i att förstå hur viktigt det är att ha

säkrare skor och skaffa sådana om det behövs. I handledning av patienten borde det också ingå vad som kan orsaka fallolyckor i vardagen. Patienterna ska uppmuntras till regelbunden motion och aktivitet för att samtidigt få känna sig säkrare och få ökat självförtroende. Vårdaren ska i handledningen beakta patientens tillstånd utifrån de sjukdomar som patienten har.

Stern och Jayasekara (2009, s. 245-247) har undersökt om patientundervisning kan minska risken för fallolyckor. Undersökningen gick ut på att en grupp fick undervisningsdokument om hur man kan förebygga fall, en annan grupp hade endast blivit rekommenderade undervisningsdokumenten men de fick aldrig denna dokumentation. Detta resulterade i att den första gruppen som fick undervisningsdokumenten och hade läst dem bättre på förhand kunde minska på de faktorer som i vardagen kan leda till fallolyckor.

6.5 Medicinering

I stort sett visar all forskning gällande fallförebyggande åtgärder att medicinering har en direkt inverkan på patientens risk för att falla. För att minska risken för fall på grund av läkemedel bör patienter som är i riskgruppen för fall (65 år eller äldre) få sin medicinlista regelbundet granskad. (Graham 2012, s. 268-269). Patienternas mediciner ska alltså noggrant genomgåas vid ankomsten till sjukhuset och det är viktigt att ta i beaktande vilka mediciner patienten använder regelbundet och tillfälligt (Urquhart-Wilberts, 2013, s. 25-26).

Nazarko (2015, s. 195-196) visar att de mediciner som äldre använder kan i många situationer öka risken för fallolyckor. Mediciner som har sederande effekt eller de som orsakar förvirring, blodtrycksfall eller dehydrering, ökar betydligt risken för fall. Andra vanliga mediciner som kan verka harmlösa kan också påverka balansen och öka risken för fall samt skador vid fall. Exempel på sådana mediciner är kalcium, vitamin B och vanliga smärtlindringsmediciner, t.ex. paracetamol och ibuprofen. Urquhart-Wilberts (2013, s. 25-26) för fram att patienter med psykofarmaka har högre risk för att falla jämfört med de som inte använder psykofarmaka.

Rekommendationer för bästa praxis, som består av en sammanfattning av 16 olika studier, redogör för systematisk tillämpning av medicineringens riktlinjer och verktyg. Dessa rekommenderas för att minska användningen av mediciner bland äldre personer. Enligt rekommendationerna ska patienter som använder fyra eller fler läkemedel gå på kontroll var sjätte månad. De patienter som tar färre mediciner ska på kontroll en gång i året. Det rekommenderas att lämpligheten för varje läkemedel värderas i förhållande till andra

mediciner, med tanke på biverkningar eller möjlig interaktion. Alternativ till medicinering bör övervägas där det är möjligt. Det kan vara sjukgymnastik för artros, talterapi för sväljningssvårigheter, sömnhygien för sömnlöshet samt aktiviteter för att avlasta isolering och ensamhet samt förhindra depression och ångest. (Khanh Dao Le, 2014, s. 1, 3). Evidensen visar att en minskning av antalet läkemedel som äldre använder kan främja förebyggandet av fallolyckor. Psykofarmaka och kardiovaskulära läkemedel bör speciellt noga granskas för att reducera fall hos äldre patienter. (Chen, 2015, s. 1-2).

Stern och Jayasekara (2009, s. 245-247) har undersökt huruvida D-vitamin intag kan minska risken för fallolyckor bland äldre patienter. Deltagarna i undersökningen delades in i två grupper. Den första gruppen fick under en månads tid D-vitamin 800 IU och samtidigt kalcium 1200 mg. Den andra gruppen fick endast kalcium 1200 mg. Resultatet av undersökningen visade att D-vitamin inte hade någon direkt betydelse i att förebygga fall. Den grupp som hade fått D-vitamin hade lika stor risk för att råka ut för en fallolycka som den grupp som bara fick kalcium. Rheaume och Fruh (2015, s. 321) anser emellertid att insättning av D-vitamin och eventuellt kalcium bör övervägas för att förebygga fallolyckor.

6.6 Förebyggande åtgärder för strokepatienter

Schmid et al. (2013, s. 1277-1279) har identifierat skillnaden mellan de människor som har haft stroke och som fallit, och de som har haft stroke men inte fallit samt omständigheterna vid fallolyckor och konsekvenserna av fall. De för fram hur vanligt fallolyckor är hos människor som har haft stroke. Den utförda undersökningen grundar sig på intervjuer av deltagarna och genomgång av deras medicinska journaler (n=226). Omständigheterna som hade sammanhang med fall kontrollerades med hjälp av NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), medan bedömningarna som gjordes baserade sig på syn, språk, det sensoriska minnet, olika grader av medvetenhet samt störningar i motoriken. Andra faktorer som beaktades i bedömningen av omständigheterna vid fall var om deltagarna hade diabetes, sömnsvårigheter, smärta, kognitiva problem samt blodtrycksnivå och konsumtionen av alkohol.

Totalt 33 % av deltagarna som haft stroke hade råkat ut för fallolycka under det första året efter stroke. Gemensamma faktorer för högre risk för fallolycka, oberoende om deltagarna hade haft stroke eller inte, var hög ålder och balanssvårigheter. Faktorer som ökade risken för fall hos deltagare som hade haft stroke var känslan av eller det faktum att man är beroende av hjälp, lågt diastoliskt blodtryck och komorbiditet. Omständigheterna som orsakat fall

delades in i inre- och yttrefaktorer. Platsen där fallet inträffade och konsekvenserna av fall inkluderades i undersökningen. Majoriteten av de som föll skadade sig så att de var tvungna att uppsöka sjukvård. Människor som har haft stroke och är med om en fallolycka har större risk att få en fraktur på grund av fallet, få mentala problem och har högre risk för mortalitet, jämfört med vuxna som faller som inte har haft stroke. (Schmid et al., 2013, s. 1279-1282).

Människor som har haft stroke har alltså större risk för fallolyckor och för att skada sig som följd av ett fall. Vid fallprevention bör man ta i beaktande patienternas mentala och fysiska förmåga, istället för att enbart koncentrera sig på mobiliserings- och styrkeövningar. Interventioner, som fokuserar på att förbättra patienternas förmåga att klara sig själv, borde utvecklas och användas. (Schmid et al., 2013, s. 1283).

Enligt rekommendationer från evidensbaserade studier (Kunde, 2015) ska interventioner för att förebygga fall hos människor som har haft stroke utvecklas så att de får den rehabilitering som de behöver. Vårdpersonalen ska komma ihåg att det finns specifika riskfaktorer för patienter som har haft stroke; balansen är ofta skadad, det finns brister i rörlighet och gång, synskador kan förekomma (t.ex. ensidig förlamning) samt patienterna kan ha bristande möjlighet till egenvård. Det finns även andra mera allmänna riskfaktorer som också rör dessa patienter, nämligen ålder, inkontinens och sensoriska försämringar. Patienter som har dessa riskfaktorer bör klassas som hög risk för fall och effektiva fallpreventionsåtgärder bör användas för att förebygga fallolyckor. (Kunde, 2015, s. 3-4).

För att se en förbättring i patienternas förmåga att stå och sitta samt för att öka benstyrkan rekommenderas det att patienterna tränar och övar funktionsförmågan upp till tre gånger i veckan. Tai Chi har visat sig vara effektivt vid förbättring av den fysiska funktionsförmågan och på samma gång minskar träning och mobilisering risken för fall. Användningen av D-vitamin är även att rekommendera. (Kunde, 2015, s. 4).

Svårigheter och instabilitet med balansen som påverkar rörelseförmågan, är ett vanligt förekommande problem som många människor som har haft stroke lider av. Risken för fallolyckor och rädslan för att falla är stor hos människor som har haft stroke. Orsakerna till svårigheter och instabilitet med balansen, som påverkar gångförmågan, är emellertid ännu oklara. Många unga friska människor använder sig av olika strategier för att aktivt kontrollera hur de placerar sina fötter när de går. (Dean & Kautz, 2015, s. 577-578).

Dean och Kautz (2015, s. 579-580) har undersökt om människor som har haft stroke eller som har andra faktorer som ökar risken för fall, t.ex. hög ålder, använder sig av dessa neuro-

mekaniska strategier och om de har någon nytta av dem. Undersökningen gjordes på deltagare som har haft stroke och deltagare som hade hög risk för fall på grund av åldern (n=35). Alla deltagare genomförde olika gångövningar för att kartlägga hur länge och snabbt de klarade av att gå. Deltagarna som hade haft stroke klassades med hjälp av DGI skalan, d.v.s. "Dynamic Gait index", som är en skala som används för att testa stabiliteten i olika gånguppgifter.

Människor som har haft stroke klassificeras som att ha en större risk för fall, p.g.a. förändrad gångförmåga, och det visade sig att stabiliseringsstrategierna inte hjälpte majoriteten av deltagarna. Dean och Kautz (2015, s. 581, 587) anser att resultatet av deras undersökning kan vara första steget till att identifiera mekaniska orsaker till bristen av gångstabilitet hos människor som har haft stroke och att utveckla nya rehabiliteringsstrategier för strokepatienter.

7 Evidens och implementering av bästa praxis

Evidensen visar att fallpreventiva program inom avdelningsvård, som beaktar fallpreventionens många olika komponenter, kan minska på risken för fall med t.o.m. 30 % (Chen, 2014, s. 1). I det följande redogörs för bästa praxis gällande förebyggande av fallolyckor enligt ett stort antal evidensbaserade studier. Resultaten från dessa studier stöder de ovandiskuterade forskningsresultaten och ger en konkret sammanfattning av de viktigaste åtgärderna för att förebygga fallolyckor.

Enligt rekommendationerna för bästa praxis bestående av fyra sammansatta studier utgår det ifrån att alla äldre patienter, som är inskrivna på sjukhuset, bör screenas eller undersökas för att identifiera deras risk för fallolyckor. Alla patienter som identifieras med hög risk bör genomgå en fullständig bedömning. Bedömningsresultaten bör infogas i patientjournalen för att undvika fallolyckor. Insatser bör utformas för att hantera de identifierade riskfaktorer och ett multikomponentsystem ska finnas till hands för att kunna sätta in lämpliga åtgärder. Vårdpersonal, patienter och anhöriga eller vårdgivare bör få utbildning om fall och orsakerna till fallolyckor samt om bedömning och förebyggande åtgärder. (Lizarondo, 2016, s. 4-5).

Chen (2014, s. 1, 3) redogör för den bästa tillgängliga evidensen gällande preventionsstrategiers effektivitet för att förebygga fallolyckor för vuxna patienter som vårdas på avdelning. Fallpreventionsstrategiernas komponenter består av användning av ett validerat fallriskbedömningsverktyg, utbildning av vårdpersonal och patienter, användning

av alarmarmband och alarm på rummet, granskning av patienters skor, planering och övervakning av wc-besök samt granskning av medicinering.

Chen (2014, s. 5) för fram rekommendationer för bästa praxis för att förebygga fallolyckor, utgående från evidens från 17 olika studier. Sjukhusets fysiska miljö, kultur, vårdprocess och användning av teknik ska beaktas vid implementering av mångfacetterade fallpreventiva program. Fallpreventionsstrategierna ska omfatta tvärvetenskapliga och multifaktoriella program, utbildningspaket för patienter och familjer samt en målinriktad plan för att minska på riskfaktorerna för fall. Patienter på avdelningen som redan fallit ska genomgå en bedömning efter fallet och ska betraktas som högriskpatienter för framtida fall. Bästa praxis ska omfatta en bedömning av miljön på sjukhuset, t.ex. golvet, belysningen, observationsmöjlighet, skyltar, möbler och skor, identifiering av modifierbara riskfaktorer för fall, tillämpning av åtgärder inriktade på de identifierade riskfaktorerna samt åtgärder för att minska risken för skada för de patienter som faller.

Slade (2013, s. 1, 4) har sammanställt rekommendationer för bästa praxis, från 15 olika studier, gällande evidensen för specifika interventioner för att förebygga fallolyckor bland äldre personer. En del av rekommendationerna har stark evidens för tillämpning och är anpassbara i sjukhusmiljö. Program för screening av riskfaktorer och för interventioner, justerade och anpassade av vårdpersonal, rekommenderas för att förebygga fallolyckor. Interventionerna ska omfatta bl.a. granskning av läkemedel som patienten använder, en bedömning av synförmågan, anpassning av miljön så att riskfaktorer reduceras samt program för regelbunden mobilisering och balansträning. Interventionerna ska vara tvärvetenskapliga och alltid anpassade till patientens individuella behov. De patienter som bedöms ha en större risk för att falla borde få genomgå en omfattande mångfacetterad bedömning av risk för fall och planering av interventioner, få fysioterapi och övningsprogram för att förbättra muskelstyrkan och balansen samt D-vitamin tillägg.

Jung, Shin och Kim (2014, s. 525-526) har kartlagt riktlinjer för att förebygga fallolyckor på vårdinrättningar. Riktlinjerna kan användas av vårdpersonal för att screena patienter som har risk för fallolyckor och på detta sätt erbjuda dessa patienter ett ingripande i ett tidigt skede för att förebygga fallolyckor. Med hjälp riktlinjerna anser Jung et al. (2014, s. 532) att risken för fallolyckor kan minska på vårdinrättningar. Det krävs emellertid att sjukskötarna förbättrar sina kunskaper om ämnet och känner till vilka de vanligaste riskfaktorerna för fallolyckor är och hur dessa ska förebyggas. Jung et al. (2014, s. 532) är medvetna om att

riktlinjerna och åtgärderna är tidskrävande och på grund av detta så lämpar de sig inte på alla vårdinrättningar.

Utifrån evidensbaserad kunskap och rekommendationer för riskfaktorer för fallolyckor har en tabell med väsentlig information gjorts upp för att kunna förebygga fallolyckor. Denna information innehåller; allmänna faktorer (ålder, kön), kunskap om patienten har fallit tidigare, information om de mediciner patienten använder, patientens fysiska funktionsförmåga, eventuella sjukdomar (anemi, urineringsbesvär, osteoporos, stroke, kroniska sjukdomar, synstörningar och psykiska besvär) som är förknippade med ökad risk av fallolyckor, den kognitiva funktionsförmågan, miljöfaktorer och eventuella hjälpmedel som patienten använder. De förebyggande åtgärderna omfattar att de äldre uppmuntras till fysiska aktiviteter och deltagande i motion för att förstärka balans och fysisk funktionsförmåga, lindring av eventuella symtom som kan vara risk för fall, i bruktagning av lämpliga hjälpmedel, minskning av medicinrelaterade biverkningar, beaktning av miljöfaktorer som ökar risken för fall och uppmuntring till D-vitaminintag. (Jung et al., 2014, s. 528-530).

Yip, Liu och Mordiffi (2012, s. 34) har implementerat evidensbaserade åtgärder för att minska incidenterna av fall på en akut vårdavdelning på ett sjukhus i Singapore. Projektet pågick från december 2010 till juni 2011. Yip et al. använde sig av Joanna Briggs instituts praktiska tillämpningar av ett kliniskt evidensbaserat system (JBI PACES), en före- och efter implementations-granskningsstrategi samt Joanna Briggs instituts ”få forskningar ut till praktiken”-program (JBI GRIP). Av Joanna Briggs instituts före- och efter implementeringsstrategier valdes tre av åtta totalt, dessa tre var granskning av patientens medicinska protokoll, jämföra implementationen av anpassade fallpreventionsinterventioner och övning för vårdpersonalen i bedömning av fallrisk.

Enligt Yip et al. (2012, s. 35) kan fallolyckor minskas genom en förbättring av klinisk praxis med evidensbaserad kunskap som grund samt genom att öka medvetenheten om fallolyckor och fortbilda vårdpersonalen gällande fallprevention. Dessutom ska man försäkra att utvärderingen av fallrisken och interventionerna är anpassade för varandra och förbättra patienters och anhörigas förståelse för fallinterventioner. Dessa åtgärder baserar sig på Joanna Briggs institut och granskningsstrategierna.

Åtta kriterier användes utgående från Joanna Briggs PACES och med hjälp av dessa kriterier utförde Yip et al. sin studie. Kriterierna är att fallriskbedömningen ska göras vid intagningen, fallriskbedömningen ska göras endast på de patienter som är relevanta för studien. Patienter

som fallit tidigare konstateras vara i hög risk för framtida fall, riskbedömningen görs på nytt om det inträffar förändringar i patientens tillstånd eller om ett fall inträffar. Det sista kriteriet är att preventiva fallriskinterventioner ska vara utvärderade. Projektet delades in i tre olika faser; fas ett innebär förberedelser för granskning av strategierna, fas två är implementeringen av bästa praxis och fas tre utgörs av efter-implementeringsgranskning. (Yip et al., 2012, s. 35-37).

Resultatet av projektet visade att sex månader efter att projektet hade tagits i bruk så hade fallolyckorna minskat med 31 % på vårdavdelningen jämfört med föregående år. Projektet hade även främjat implementeringen av evidensbaserade åtgärder och på samma gång förbättrat kunskapen hos både vårdpersonalen och patienterna vilket ger en indirekt minskning av fallolyckor. (Yip et al., 2012, s. 38).

Hempel et al. (2013, s. 483-484) för fram riktlinjer för hur preventiva program inom sjukhusen bättre kan implementeras. Det behövs en bättre rapportering av slutresultat, interventionsriktlinjer och en ansvarsgrupp inom varje vårdavdelning för att upprätta bevis för hur vårdpersonalen och sjukhuset genom riktlinjer framgångsrikt kan undvika fallolyckor. Bättre implementering av genomförande av det förebyggande programmet kunde nås genom att undervisa vårdpersonalen, upprätta olika team, utöka ledarskapsstödet och engagera vårdpersonal genom handledning. Fallpreventiva program beskrivs som en sammansättning av olika komponenter som är beroende av ledarskap och involvering av samarbete mellan vårdpersonal och mångprofessionella. Programmen kan kräva övervakningsstrategier för att säkerställa att personalen håller fast vid de preventiva program som finns och genomför dem.

8 Patientcentrerad synvinkel

Patientcentrerad vård är en dynamisk och individualiserad syn på vården. Det är patientens behov som ska tas i beaktande vid vårdandet och inte vårdpersonalens resurser. Begreppet omfattar integrering av patientens värderingar och övertygelser, samt patientens hälsa och välbefinnande i utformning och genomförande av alla vårdrelaterade aktiviteter. Patientcentrerad vård utgår ifrån att individen är en aktiv medlem som blir involverad i planeringen av sin vård. (Fredericks, Lapum & Hui, 2015, s. 394-395).

Enligt Fredericks et al. (2015, s. 394-395) bildas det under patientcentrerad vård en relation mellan patienten och vårdpersonalen, vilket främjar utförandet av själva vården. Detta

gynnar även patientens välmående. Inom disciplinen omvårdnad, vårdramverk för patientcentrerad vård, har det utvecklats ett system som består av fyra delar; kvaliteter, kunskaper och egenskaper hos sjukskötaren, miljön där vården levereras, egentliga patientcentrerade processer som tar upp hur vården skett och vilka aktiviteter som har resulterat i genomförande av patientcentrerad verksamhet. Kriterierna för patientcentrerad vård uppfylls då sjukskötares kvaliteter, kunskaper och egenskaper samt vårdmiljön och hälsovården beaktas. Detta kommer att öka effekten av patientcentrerad vård.

Enligt Bradley och Mott (2013, s. 1932-1933) har patientcentrerad vård en positiv inverkan på vårdresultatet. De visar att patienterna är mera tillfredsställda efter att man infört en metod som innebär att patientinformation överlämnas vid patientens säng. Detta resulterar i att patienten får vara närvarande vid överlämningen av vårdinformationen vid byte av arbetsskift. Enligt undersökningen (n=57) kände patienterna sig nöjda att de får vara med och får veta vad som händer i relation till deras vård. Dessutom ger detta möjlighet för patienten att kunna påverka sin vård och vårdplan. Ytterligare kan patientens delaktighet i överlämning av patientinformation vara terapeutisk för patientens hälsa och vara hälsofrämjande. Det kan öka och främja kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen. Studien visar att patienterna uppskattar att vårdpersonalen spenderar tid med dem och diskuterar deras vård. Personalen kände däremot att de kunde ge en mer omtänksam service till patienterna på detta sätt. En annan positiv effekt av patientcentrerad vård är att patienten får möjligheten att fatta beslut om sin vård. Det påpekas i ovanstående resultat att patienterna upplevde att de hade befogenhet att bättre förstå sin vård och att deras åsikter togs i beaktande vid planering av vården.

Bradley och Mott (2013, s. 1934) för fram att både patienter och personal anser att patienter är mer delaktiga i sin vård när man tillämpar detta patientrapporteringssystem. Resultatet visar att ett närmande mot patientcentrerade tillvägagångssätt i sjukvårdsmiljön rekommenderas och att det finns många fördelar med denna typ av vård. Rapportering vid sängkanten har många fördelar och det är en metod som innehåller många positiva aspekter för patientcentrerad vård. Den resulterar i ett mer patientcentrerat närmande än då patientinformation överlämnas bakom stängda dörrar.

Lu, Kerr och McKinlay (2014, s. 452, 457) för också fram aspekter av patienternas synpunkt gällande överlämning av patientinformation vid patientens säng vid byte av arbetsskift. Patienterna var positivt inställda till denna patientcentrerade metod. Den patientcentrerade praxisen förbättrade kommunikationen och förändrade den sociala dynamiken i den

traditionella vårdprocessen. Patienterna värdesatte metoden och upplevde att detta bidrog till att minimera fel i kommunikationen. Patienterna ansåg att informationsutbyte och interaktiv kommunikation vid sängen ökade deras självförtroende och att detta också kunde hjälpa till att minimera risken för negativa utfall, vilket i slutändan förbättrade patienternas erfarenhet av att vara på sjukhus. Med hänsyn till lämpligheten av utlämnande av information, bortsett från den information som de trodde att kunde leda till diskriminering, inklusive känsliga frågor såsom sexuellt överförbara sjukdomar, sexualitet, religion och psykisk ohälsa, bekymrade sig patienterna inte över att deras hälsorelaterade frågor diskuteras vid sängplatsen. I allmänhet visar denna studie att överlämning av patientinformation vid sängen är bidragande när det gäller att få uppmärksamhet på patientcentrerad vård.

Tzeng och Yin (2015, s. 326, 333) redovisar för en modell som kan användas för vidare forskning och som riktlinje i förebyggande av fallolyckor. Modellen går ut på att gynna patientens deltagande. Detta kan göras genom att utveckla interventioner som är patientcentrerade och tar med patientens insats. Genom att engagera patienten i förebyggande av fallolyckor kan fallolyckor och skador relaterade till olyckorna eventuellt reduceras. För att kunna engagera patienten måste sjukskötaren förstå innebörden av patientcentrering och sedan tillämpa patientcentreringen i det kliniska arbetet. Detta kräver att sjukskötaren ska gå över från att vara endast expert till att möjliggöra och tillåta patientens deltagande.

Modellen är ett begreppsmässigt system för att engagera patienten i det förebyggande arbetet under sjukhusvistelsen. Enligt modellen fås en trygg vistelse på sjukhuset med inga fallincidenter genom att patienten får information, patienten involveras och får säga sin åsikt samt att patienten är delaktig i beslut. I planeringen av det förebyggande arbetet ska beaktas karaktären hos sjukhuset och vårdavdelningen samt patientens egenskaper; bl.a. ålder, längden för sjukhusvistelsen, fysisk och mental status samt skador i hörsel eller syn. (Tzeng & Yin, 2015, s. 332).

9 Vårdpersonalens engagemang

För att kunna förebygga fallolyckor påpekar Swann (2008, s. 294, 298) att det behövs motivation och handledning av vårdarna för att kunna identifiera och reagera på de faktorer som kan orsaka fallolyckor blandat patienterna. Personalen inom vården har en viktig roll när det gäller att förebygga fallolyckor. Chen (2014, s. 3, 5) för fram att för att få ett framgångsrikt mångfacetterat fallpreventivt program inom sjukhus behövs stöd från

ledningen, involvering av vårdpersonal som arbetar direkt med patienten, tvärvetenskapliga team, testning av programmet samt att engagera all personal för att uppnå målen.

Enligt Narayanasamy och Penney (2014, s. 568-569) är handledning en av de mest effektiva metoderna vid inläring och en potentiell strategi för att främja vårdpersonalens kompetensutveckling. Handledning har visat sig vara till stor nytta inom vården när man vill motivera vårdpersonalen att t.ex. ta i beaktande patientens delaktighet i vården och förbättra den kliniska vården. Förutom att handledning förbättrar vårdpersonalens kompetens kan man med hjälp av den också öka vårdpersonalens motivation och förbättra gruppandan. Handledning kan vara till hjälp då det gäller att anpassa sig till förändringar. Dessutom har handledning visat sig ha en uppbyggande effekt på vårdpersonalens självförtroende och underlättar inläring av nya vårdåtgärder.

Vårdpersonal har ett ständigt behov av ny kunskap och nya handledningsmetoder för att utveckla sin yrkeskompetens och för att kunna ge den bästa vården till patienten. Genom att vårdpersonalen får möjligheter att utveckla sig och bli handledda inom olika områden blir vårdens kvalitet bättre. Därmed får patienterna den vård som de borde få. Detta kan främja vårdpersonalens upplevelse av att vara betrodd, inspirerad och engagerad i sitt arbete. Handledning är alltså ett kraftfullt och motiverande verktyg för att stärka vårdpersonalens och annan hälso- och sjukvårdspersonals möjligheter att bidra till framgång inom sjukvårdsorganisationer. (Narayanasamy & Penney, 2014, s. 568-569).

Day (2014, s. 974, 976) har undersökt vårdpersonalens engagemang och medkänsla för sitt arbete och dessa fenomenas samband med god vård och risk för patientskador. Vårdpersonalen på två olika avdelningar fick svara på frågor kring engagemang i arbetet och sedan delta i interaktiva smågruppsarbeten. Engagemang omfattar ”empowerment” (befogenhet/möjliggörande), rätta verktyg enligt vad arbetet kräver samt få stöd av och ha samma mål som ledningen inom organisationen.

I sin studie kom Day (2014, s. 978-980) fram till att det är ett faktum att om personalen inte ser ett direkt samband mellan handling och konsekvens har de svårare att förstå att deras arbetssätt kan vara orsaken till konsekvensen. Genom interaktiva metoder, som inkluderar praktiskt baserad inläring, kan man engagera personalen i att ge trygg vård av hög kvalitet och att vara öppen för nya idéer. Inläringen ska utgå från patient-vårdare relationen och lära av beteende samt vara personlig och humaniserad. Det är fördelaktigt att koncentrera sig på inläring i grupp. Personalen bör dessutom kontinuerligt uppdatera sin kunskap. Inom en organisation kan enkla initiativ förbättra verksamheten och ge vård enligt patientens

individuella behov. Målet är att vårdpersonalen ska ha möjlighet att kontinuerligt engagera sig, leda och göra förändringar för att utveckla sina färdigheter. Genom att engagera vårdpersonalen främjas patientsäkerheten och vårdkvaliteten.

Breimaier, Halfens och Lohrmann (2011, s. 1744, 1748) har utfört en studie om sjukskötares önskemål, behov, kunskap och attityder till forskning och tillämpning av ny evidensbaserad kunskap inom branschen (n=1023). Nya forskningsresultat borde användas mera för att försäkra vård av hög kvalitet. Studien visade att 77,4 % av de sjukskötare som deltog använde sällan eller aldrig nya forskningsresultat avsiktligt de senaste åren, medan endast 4,5 % använde ofta eller hela tiden forskningsresultat i sitt dagliga arbete. Deltagarna förde fram önskemål om hur forskning kunde tillämpas i arbetet; bl.a. lämplig information om varför forskningsresultatet är till nytta i det dagliga arbetet, tillräckligt med tid för att tillämpa den nya kunskapen och professionellt stöd. Totalt 60,4 % var intresserade av övning för att implementera ny evidensbaserad kunskap.

Viljan hos sjukskötare att delta i vidare utbildning, t.ex. genom inläring i grupper, främjar tillämpningen av evidensbaserad kunskap i arbetet. Forskningsresultaten borde presenteras i en lätt tillgänglig form, som snabbt kan implementeras i praxis. Sjukskötarna förde fram tidsbrist, informations- och kunskapsbrist samt brist på intresse som de största hindren för att implementera nya forskningsresultat. (Breimaier et al., 2011, s. 1744, 1752-1753).

Sambandet mellan sjukskötarnas arbetsrelaterade behov, värderingar och arbetsmotivation är grundläggande för säker vård av hög kvalitet. Toode, Routasalo, Helminen och Suominen (2014, s. 365-367) har kartlagt (n=201) relationerna mellan sjukskötarnas individuella prioriter, inre psykologiska tillstånd och arbetsmotivation. De anser att sjukskötare, som prioriterar sina uppdrag högt, är mera motiverade till arbete. Ju mera sjukskötarnas egna värderingar liknar organisationen, desto mer motivation har sjukskötarna. Sjukskötarnas individuella prestation, självbestämmanderätt och övning är nyckelfaktorer som påverkar deras motivation till arbete. Det är viktigt att stöda sjukskötarnas professionella utveckling. Det finns också ett behov av att värdera både sjukskötarna och deras insats i sjukvårdspolitiken.

Toode et al. (2014, s. 396) har kartlagt praktiska råd som hjälpmedel till avdelningsansvariga och vårdpolitiker för att motivera sjukskötare. Deras rekommenderade råd är att sjukskötare och deras yrke ska värderas av hela organisationen, vilket ska vara fastställt och tydligt för alla inom social- och hälsovården. Dessutom ska sjukskötarnas arbetsklimat och arbetsrelationer uppmärksammas. Insatser för att stöda sjukskötarnas individuella

prestationer, skicklighet, självbestämmande och professionell kompetensutveckling under varje arbetsdag rekommenderas. Flera effektiva strategier behövs för att hjälpa sjukskötare att själva förstå att deras arbete är meningsfullt och att de är kompetenta för sitt yrke. Sjukskötarens individuella prioriteringar och orsaker till varför de arbetar ska periodvis granskas för att i ett snabbt skede kunna identifiera eventuella förändringar.

10 Systematisk litteraturstudie

Kvalitativ forskningsmetod är en allmän beteckning på metoder som utgår ifrån att beskriva och tolka så noggrant som möjligt de egenskaper som står för ett fenomen. En kvalitativ metod används för att uppnå en djupare förståelse och få kunskap om ett visst ämne. I den kvalitativa forskningen är det forskaren som fungerar som redskap för att samla in data. Detta kan emellertid leda till att det insamlade materialet är influerat av forskarens personliga upplevelser. Som forskare ska man då vara professionell för att minska risken för att arbetet bli påverkat av personliga åsikter. Den kvalitativa metoden används ofta av forskare inom omvårdnaden. Kvalitativ forskning utgår i regel ifrån ett induktivt arbetssätt. Detta innebär att forskaren får en djupare förståelse och drar slutsatser utgående från det analyserade materialet. Målet är att göra det insamlade materialet förståeligt och få fram adekvata mönster. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 129, 150-151).

En systematisk litteraturstudie är en forskningsmetod, som används för att besvara en klar och tydlig frågeställning inom det ämne man forskar i. Detta innebär en sammanfattning av annan forskning som gjorts kring det valda ämnet. En systematisk litteraturstudie redogör för den kunskap som redan finns inom det ämne som man forskar i. Denna metod är mest lämpad för att besvara frågor av kvalitativ karaktär och för att användas vid kvalitativa studier. Inom den kliniska frågeställningen använder man ofta sig av systematisk litteraturstudie för att uppnå evidensbaserad kunskap om t.ex. en åtgärd eller behandling. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 25-26).

För att forskningen ska vara godkänd som en systematisk litteraturstudie måste följande kriterier uppfyllas. Det bör finnas en tydligt formulerad frågeställning och en konkret och tydlig beskrivning av val av metod och en noggrann beskrivning av själva sökningen av material och varför de utvalda artiklarna och litteraturen ger värde för forskningen. Det är viktigt att väsentliga studier är inkluderade. För att underlätta sökning och insamling av material ska man avgränsa sin sökning, men också kunna välja relevanta studier om ämnet

man forskar i. Det är viktigt att sammanfatta och beskriva de viktigaste aspekterna i studierna. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27).

I en systematisk litteraturstudie utgår man ifrån data från primärkällor i publicerade vetenskapliga artiklar och forskningar, d.v.s. det data som används ska vara skrivet av artikelns skribent. En systematisk litteraturstudie kan omfatta både kvalitativa och kvantitativa forskningar för att få ett bredare perspektiv på frågeställningarna. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012 enligt Axelsson, 2012, s. 203-204).

Litteraturstudie är en bra metod att använda inom hälsoområdet, emedan det finns mängder med publicerade artiklar och ett behov av att få översikter över evidensbaserad vård som tar grund i vetenskaplig forskning. Genom att använda metoden litteraturstudie fås kunskap i att söka och värdera data samt att sammanställa data på ett sakenligt sätt. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012 enligt Axelsson, 2012, s. 205).

Analyssteget i den systematiska litteraturstudien inleds med att noggrant läsa igenom alla valda artiklar för att få en helhetsbild och samtidigt görs anteckningar. Sedan sammanställs artiklarnas syfte, den använda metoden, urval och resultat i en tabell för att få en god översikt över alla artiklar vilket underlättar den fortsatta analysen. Litteraturstudiens resultat ska ha strukturell och logisk uppbyggnad så att läsaren enkelt kan ta del av resultatet, vilket även ökar trovärdigheten. För att skapa en struktur kan man ha olika teman som finns i materialet som utgångspunkt och samla data under dessa teman. Artiklarnas resultat kan passa in i flera teman och kan då färgkodas för att se vad som hör till vilken kategori. All data ska sammanfattas och sorteras enligt en bestämd struktur. Till sist ska kunskapen från de olika artiklarna förenas. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012 enligt Axelsson, 2012, s. 212-214).

Resultatet från analysen kan presenteras genom en sammanfattning av resultatet från granskningen av alla artiklar. I resultatet ska det även komma fram likheter och skillnader mellan resultatet från de olika artiklarna. Det är viktigt att resultatet håller en objektiv nivå. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012 enligt Axelsson, 2012, s. 214-216).

Vårt examensarbete utgår ifrån ett kvalitativt perspektiv och använder metoden systematisk litteraturstudie, där data samlas in systematiskt med hjälp av utvalda sökord och analyseras på ett induktivt sätt. Denna metod är lämplig att använda inom vårdområdet enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2012 enligt Axelsson, 2012, s. 205). I vår litteraturstudie strävar vi till att ha en god struktur genom hela processen, både i genomförandet och i presentationen av resultatet. Data samlas in från olika databaser med hjälp av noggrant utvalda sökord och

sökordskombinationer. De utvalda sökorden och sökordskombinationerna visas i tabell 1 i bilaga 1. De artiklar som vi anser är relevanta för frågeställningarna tas med i litteraturstudien och analyseras. Endast primärkällor tas med i analysen. Vi motiverar val av artiklar och presenterar artiklarnas resultat i tabellform. Till slut redogörs för hur vi kommit fram till vårt resultat av den systematiska litteraturstudien.

Under arbetets gång gör vi tre besök till den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus; presentation för avdelningsskötare 10.2.2016, presentation för vårdpersonal 2.3.2016 och slutlig presentation av vårt hjälpmedel 17.5.2016. Personlig kommunikation med avdelningsskötare från det första besöket används som tilläggsmaterial vid utvecklingen av vårt hjälpmedel. Annan litteratur, t.ex. böcker, används som stödmaterial.

10.1 Datainsamling

I vårt examensarbete har vi systematisk sökt artiklar. Vi använder oss av nya artiklar som är relevanta för våra frågeställningar. I sökningen genomläses abstrakten från alla artiklarna som hittas i sökningen och vi motiverar valet av de artiklar som tas med i vår analys. Artikelsökningen rapporteras i form av en sökrapport med databas, datum, sökord, avgränsningar och träffar/använda artiklar. Artikelsökningen visas i tabell 2 i bilaga 2. Böcker och annat material använder vi som stödmaterial under arbetets gång.

Artiklarna som vi använder i vårt arbete söks i databaserna CINAHL with full text (EBSCO) och Joanna Briggs institute (JBI). CINAHL with full text (EBSCO) använder vi eftersom där finns ett stort antal nya och aktuella vårdvetenskapliga artiklar inom ett brett område. Artikelsökningarna begränsas till årtalen 2008-2016 och artiklarna ska vara granskade (peer reviewed) samt tillgängliga enligt Yrkehögskolan Novias licens. Joanna Briggs institute (JBI) använder vi för att få rekommendationer för bästa praxis (evidence Summaries och recommended practices), d.v.s. rekommenderade åtgärder, som har fått genomstrukturerad sökning och analys av litteratur och valda evidensbaserade hälsovård-databaser. Artikelsökningarna i denna databas begränsas till årtalen 2010-2016. Böckerna söks manuellt i Tritonias databas. Böckerna väljs utgående från årtal och relevans för vårt ämne. Vi använder även Google för att söka information om bl.a. IKINÄ-projektet och riskbedömningsprotokollet FRAT. Utöver dessa källor har vi Hanna Lehtikoinen som muntlig källa (med Lehtikoinens godkännande). Lehtikoinen arbetar som t.f. avdelningsskötare på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus.

Majoriteten av de artiklar som analyseras är från år 2014-2015 (13 st. från år 2014 och 11 st. från år 2015). En artikel från år 2016 har tagits med. Från åren 2008-2010 har endast en artikel per årtal tagits med och från år 2011 två artiklar. Från åren 2012-2013 har totalt 10 artiklar tagits med (5 st. från 2012 och 5 st. från år 2013).

10.2 Analys och resultat

En analys utförs på de insamlade artiklarna som vi anser är relevanta för våra frågeställningar. Vi har läst artiklarna noggrant upprepade gånger. Presentation av artiklar med resultat och motivering av val visas i tabell 3 i bilaga 3. Centrala faktorer som besvarar våra frågeställningar identifieras från artiklarnas resultat. Personlig kommunikation med avdelningsskötaren på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus, beaktas i analysen för att anpassa hjälpmedlet och främjandet av vårdpersonalens medvetenhet till avdelningens karaktär. Faktorerna grupperas i olika kategorier som visar de centrala aspekterna gällande frågeställningarna. Analysen resulterar i begreppskartor som utgör grunden för de förebyggande åtgärderna gällande fallolyckor och för främjandet av vårdpersonalens medvetenhet. Resultatet från analysen tolkas, diskuteras och slutsatser dras.

Analysen utförs praktiskt genom att klippa ut alla resultatdelarna från bilaga 3. Alla resultat läses omgående igenom och grupperas enligt innehållet. Centrala ord och meningar, som upprepas och svarar på våra frågeställningar, identifieras och färgkodas för att underlätta analyseringsprocessen. Vi strävar efter att hitta huvudsakliga teman. De centrala orden och meningarna plockas ut från resultatdelarna och placeras på skilda papper enligt tema. Sedan tolkas resultaten från pappren enligt tema.

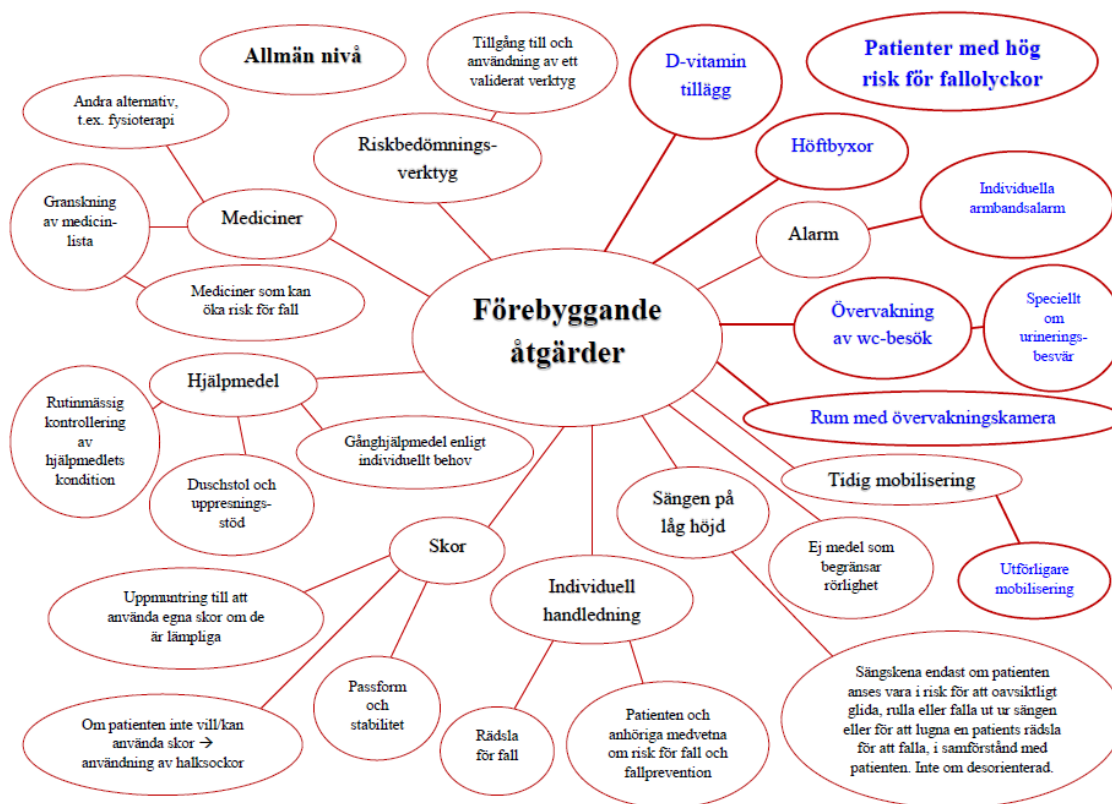
I samband med grupperingarna uppmärksammade vi tre huvudsakliga teman, nämligen fallförebyggande åtgärder, användning av riskbedömningsverktyg samt vårdpersonalens engagemang. Kring dessa teman bildades begreppskartor.

Gällande **fallförebyggande åtgärder** uppmärksammade vi åtgärder på allmän nivå för alla patienter med risk för fall och mera specifika åtgärder för högriskpatienter. Utgångspunkten för fallförebyggande åtgärder är tillgång till och användning av ett validerat riskbedömningsverktyg. Åtgärder på allmän nivå är att patienter ska handledas enligt individuellt behov, gällande bl.a. hur alarmknappen i rummet ska användas. I handledningen ska patientens rädsla för fall uppmärksammas. Både patienten och anhöriga ska få information och handledning gällande patientens aktuella risk för fall och vilka åtgärder som rekommenderas. Patientens skor ska kontrolleras gällande stabilitet och passform. Patienten

ska uppmuntras att använda egna skor om dessa är lämpliga. I övriga fall ska vårdpersonalen tillgodose patienten med lämpliga skor från avdelningen. Halksockor ska användas om patienten inte kan eller har svårt att komma ihåg att använda skor vid uppstigning från sängen. Patientsängen ska vara på låg höjd.

Andra allmänna åtgärder är att patienten ska erbjudas gånghjälpmedel enligt individuellt behov. Rutinmässig kontroll av hjälpmedlets kondition och att hjälpmedlet är anpassat till patienten rekommenderas. Andra hjälpmedel, t.ex. duschstol och uppresningsstöd, ska övervägas. Tidig mobilisering främjar patientens funktionsförmåga. Hinder i miljön, t.ex. ramper, ska beaktas och medel som begränsar rörligheten rekommenderas inte. Sängskenan ska endast användas om patienten anses vara i risk för att oavsiktligt glida, rulla eller falla ut ur sängen, eller för att lugna en patients rädsla för att falla, alltid i samförstånd med patienten. Om patienten är orolig eller desorienterad och antas kunna försöka ta sig ur sängen eller klättra över sängskenan rekommenderas inte användning av sängskena. För alla patienter som är i risk att falla ska medicinlistan genomgås. Sederande läkemedel (t.ex. psykofarmaka) ökar fallrisken signifikant. Vid genomgången av medicinlistan ska eventuella andra alternativ, t.ex. fysioterapi, övervägas för att reducera antalet läkemedel som intas.

Högriskpatienter ska förses med individuella armbandsalarm och höftbyxor. Wc-besöken ska övervakas både till och från wc, speciellt då patienten har urineringsbesvär t.ex. inkontinens. Högriskpatienter ska få utförligare mobilisering där rörlighet och balansen främjas. D-vitamintillägg ska övervägas för dessa patienter. Patienter med allra högsta risk för att falla ska få vara i ett patientrum försedd med övervakningskamera. I figur 3 visas begreppskarta från analysen om fallförebyggande åtgärder.



Figur 3. Begreppskarta från analysen om fallförebyggande åtgärder

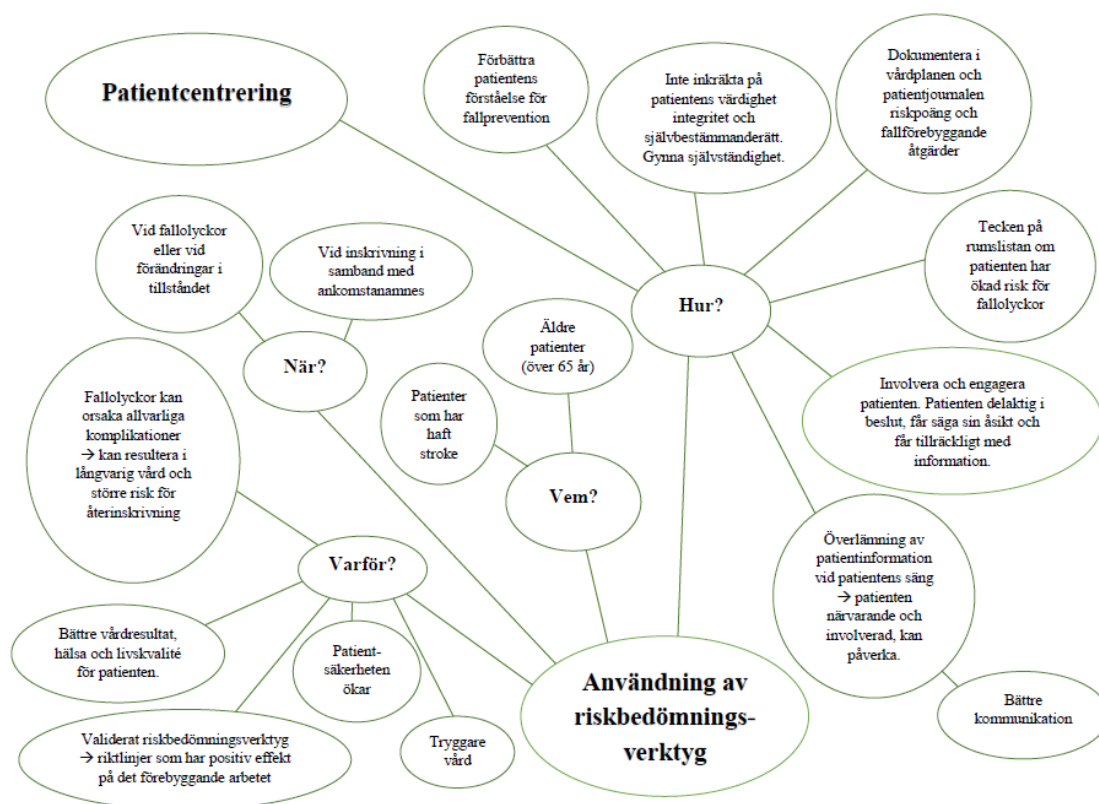
Gällande **användning av riskbedömningsverktyg** identifierade vi fyra olika aspekter, nämligen hur, vem, när och varför. Med *hur* avser vi på vilket sätt riskbedömningsverktyget används. Det rekommenderade närmandesättet är patientcentrering. Detta innebär att patienten involveras, engageras och är delaktig i beslut, får säga sin åsikt samt får tillräckligt med information. Patientcentrering kan uppnås genom att överlämna information vid patientens säng vilket främjar kommunikationen mellan patienten och vårdpersonalen, patienten är närvarande, involverad och kan påverka. Denna metod kan tillämpas att gälla användning av riskbedömningsverktyget. Genom patientcentrering kan patientens förståelse för fallprevention främjas och patientens värdighet, integritet, självbestämmanderätt och självständighet gynnas. Resultatet från riskbedömningen, d.v.s. patientens riskpoäng och fallförebyggande åtgärder, ska dokumenteras i vårdplanen och patientjournalen. Dessutom kan ett tecken införas på rumslistan som vårdpersonalen får inför varje arbetsskift för de patienter som har en förhöjd risk för fallolycka.

Med *vem* avser vi för vem riskbedömningsverktyget ska användas. Enligt önskemål från den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus ska riskbedömningsverktyget användas

för alla patienter över 65 år och för patienter som har haft stroke. De analyserade artiklarna instämmer med dessa riskgrupper.

Med *när* avser vi när riskbedömningsverktyget ska användas. Fallriskbedömning ska göras för riskgrupperna alltid i samband med patientanamnes och inskrivning till avdelningen, samt göras på nytt om det inträffar förändringar i patientens tillstånd eller om en fallolycka inträffar.

Med *varför* syftar vi på varför vårdpersonalen ska använda riskbedömningsverktyget. En fallolycka kan orsaka allvarliga komplikationer för patienten och resultera i långvarig vård och därmed längre sjukhusvistelse samt större risk för återinskrivning. Genom att använda ett validerat riskbedömningsverktyg, som har en vetenskaplig grund, fås riktlinjer som har en positiv effekt för det förebyggande arbetet. Genom att använda detta verktyg görs en individuell bedömning för patienter i riskgruppen, vilket kan minska på antalet fallolyckor. Detta ger bättre vårdresultat samt bättre hälsa och livskvalitet för patienten. Patientsäkerheten främjas och patienten erbjuds trygg vård vilket i slutändan sparar resurser. I figur 4 visas begreppskartan från analysen om användning av riskbedömningsverktyg.



Figur 4. Begreppskarta från analysen om användning av riskbedömningsverktyg

För att främja **vårdpersonalens engagemang** krävs stöd och god handledning. Det är fördelaktigt att handledningen utförs i grupp och har en stark koppling till praktiken samt utgår ifrån patient-vårdare relationen, där vårdaren uppmärksammas på hur hens handlingar leder till olika konsekvenser. För en lyckad handledning krävs tillräckligt med tid. Vårdpersonalens professionella utveckling ska stödjas i en mångprofessionell omgivning.

För att upprätta engagemang och motivation ska vårdpersonalen ha tillgång till nya forskningsresultat och evidensbaserade riktlinjer i en lätt tillgänglig form som främjar implementeringen. Vårdpersonalen ska handledas att använda riskbedömningsverktyg på ett effektivt sätt. Verktuget ska vara enkelt och koncist att använda samt lätt tillgängligt. Genom att engagera och motivera vårdpersonalen främjas patientsäkerheten, vården blir tryggare, den kliniska vården förbättras och upprätthåller en hög kvalitet samt vårdpersonalen känner sig trygga i sin yrkesroll och är öppna för nya idéer. I figur 5 visas begreppskartan från analysen om vårdpersonalens engagemang.



Figur 5. Begreppskarta från analysen om vårdpersonalens engagemang

11 Vårt funktionella hjälpmedel

Utgående från resultatet vi fått i den systematiska litteraturstudien har vi utvecklat ett funktionellt hjälpmedel som ska fungera som ett redskap för vårdpersonalen i det dagliga arbetet på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus. Hjälpmedlet består både av ett verktyg i form av ett tryckark och en affisch.

Tryckarket är anpassat att rymmas i pennfickan eller i sidofickorna på vårdarens skyddsdräkt (arkets storlek ca 8x14 cm). På ena sidan av tryckarket är riskbedömningsfrågorna i FRAT och på andra sidan är våra rekommenderade fallförebyggande åtgärder som vi fått fram i den systematiska litteraturstudien. De fallförebyggande åtgärderna är färgkodade med en pil som går från grönt mot rött. Grönt indikerar liten risk för fall, medan rött indikerar hög risk för fall. Ju högre poäng som patienten får från FRAT, desto fler fallförebyggande åtgärder rekommenderas. Ovanför riskbedömningsfrågorna står det skrivet ”Vi kan förebygga fallolyckor”. Tanken med detta är att få ett positivt perspektiv till det fallförebyggande arbetet och att motivera vårdpersonalen.

Verktyget är estetiskt tilltalande med en nallebjörn. Vi har valt en nallebjörn som har gips både på arm och på ben, eftersom den har varit med om en fallolycka, men den ser ändå glad ut. Vi anser att nallebjörnen visar en positiv attityd till det fallförebyggande arbetet. Vi upplever att nallebjörnen väcker en vårdande instinkt och associerar till en tillmötesgående vårdmiljö. På den inremedicinska avdelningen vårdas många äldre patienter. Vi upplever att de äldre kan blir glada när de ser denna nallebjörn, emedan den kan associera till barndomen. Dessutom är nallebjörnen genusneutral. Nallebjörnen är köpt från den amerikanska webbsidan Fiverr.com och vi har copyright på den. Vi får använda den i alla sammanhang, som inte har ett kommersiellt syfte. Vi ger fria händer åt avdelningen att byta ut figuren mot en annan om de så önskar.

För att vårt verktyg ska vara aseptiskt och slitstarkt lamineras det. Att vårt verktyg är anpassat att rymmas i skyddsdräktens fickor tror vi ökar användningen av verktyget då det finns lätt tillgängligt. Vi strävar till att hela vårdpersonalen på avdelningen ska få vårt verktyg, även korttidsvikarier och praktikanter.

Den andra delen av vårt hjälpmedel är en affisch som berör IKINÄ-projektet och för fram fördelar med att använda FRAT i det dagliga arbetet på avdelningen samt vårt verktyg. Affischen fungerar som en manual för hur, för vem, när och varför verktyget ska användas. Enligt avdelningens önskemål tar affischen också upp att en HaiPro-anmälan ska göras om

fallolycka inträffar och vid tillbud. I affischen kommer patientcentrering tydligt fram. På affischen finns också rubriken ”Vi kan förebygga fallolyckor”. Affischen lamineras så att den är aseptisk i sjukhusmiljö.

Det andra besöket till avdelningen hade som mål att främja personalens engagemang gällande vårt hjälpmedel redan i ett tidigt skede. Det tredje och sista besöket, med slutlig presentation av vårt hjälpmedel, har som mål att ytterligare främja implementeringen av hjälpmedlet och öka vårdpersonalens medvetenhet om det förebyggande arbetet gällande fallolyckor för riskpatienter. Vi kommer att producera ett material som vi presenterar (ca 30 min.) för vårdpersonalen i samband med ett avdelningsmöte. Vi kommer att handleda vårdpersonalen i hur vårt hjälpmedel ska användas. Verktöget kommer att delas ut åt vårdpersonalen i samband med presentationen och affischen sätts upp på väggen vid avdelningen. Både verktöget och affischen kommer att vara tillgängliga på svenska och finska. Vårt verktyg visas i bilaga 4 och vår affisch visas i bilaga 5.

Vi har som avsikt att vårdpersonalen på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus använder vårt hjälpmedel vid patientankomst alltid när patienten hör till riskgruppen. När patienten kommer till avdelningen görs riskbedömningen enkelt och snabbt med hjälp av FRAT i samband med ankomstanamnesen. Anhöriga kan delta i bedömningen om patienten så önskar. Målet är att vårdaren kan snabbt sätta in effektiva åtgärder, anpassade till patienten, för att förebygga fallolyckor direkt när patienten anländer till avdelningen.

Vårt arbete förväntas ha en rad positiva effekter. Vi strävar till att vårt hjälpmedel förebygger fallolyckor och därmed minskar antalet fallolyckor samt skador orsakade av fallolyckorna. Då minskar också antalet förlängda sjukhusvistelser orsakade av fallolyckor. Detta kan leda till att resurser sparas, vilket främjar hållbar utveckling. Vårt arbete förväntas förbättra patientsäkerheten samt utveckla och förbättra vården på avdelningen. Det är önskvärt att hjälpmedlets implementering utvärderas ett år efter ibruktagande, eventuellt av en annan grupp inom projektet.

12 Arbetsprocess och arbetsfördelning

Vi inledde arbetet genom att tillsammans diskutera idéer och tankar kring vårt tema. Vi började sedan läsa oss in på området för att få en uppfattning om hur vi ska avgränsa vårt arbete. I avgränsningen och formuleringen av frågeställningarna togs den inremedicinska avdelningens behov i beaktande. Vi kom tillsammans överens om relevanta sökord och

sökordskombinationer och utförde en omfattande sökning med hjälp av de olika sökordskombinationerna. Sökningarna avgränsades för att få fram en hanterbar mängd artiklar och artiklarnas abstrakt genomlästes för att välja ut de artiklar som var relevanta för våra frågeställningar. Artiklarna som valdes delades upp bland arbetsgruppens medlemmar. Vi sammanställde artiklarnas resultat individuellt och arbetets teoretiska del utformades sedan av artiklarna och annat material med gemensamma krafter. Analysen utfördes i grupp.

Vi har tillsammans funderat ut hur vårt verktyg och vår affisch skall se ut. I utformningen av produkterna har vi tagit i beaktande hållbarhet, aseptiska aspekter och användarvänlighet. Under examensarbets gång har vi arbetat både på distans och i grupp. När vi har arbetat på distans har vi alla haft olika ansvarsområden. Vi har träffats regelbundet utöver handledda projektträffar för att diskutera och arbeta tillsammans för att få ett enhetligt arbete.

13 Kritisk granskning och diskussion

I detta kapitel granskas hela examensarbetet kritiskt och diskussion förs kring reliabilitet, validitet, etiska frågeställningar och hållbar utveckling. Vårt examensarbete var ett beställningsarbete av den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus. I vårt arbete utgick vi ifrån avdelningens önskemål och behov. Syftet med vårt examensarbete var att främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor för riskpatienter genom att utveckla ett funktionellt hjälpmedel utgående från FRAT (Falls Risk Assessment Tool = kort bedömning av fallrisk). Målet var att utveckla effektiva åtgärder som kan tillämpas i förebyggande syfte och att stöda förankringen av FRAT vid avdelningen. Utöver avdelningens önskemål uppmärksammade vi ett behov av patientcentrering, där patienten är delaktig i riskbedömningen och i planeringen av fallförebyggande åtgärder. Patientens perspektiv i vårdarbetet borde tas i beaktande och det är ett faktum att patientcentrering rekommenderas i preventiva åtgärder (Tzeng & Yin, 2015, s. 326). Våra frågeställningar var följande: Vilka är de effektiva åtgärderna för att förebygga fallolyckor? Hur kan vi främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor på den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus?

I vårt examensarbete har vi uppnått vårt syfte och mål samt fått svar på våra frågeställningar. Vi har utvecklat ett funktionellt hjälpmedel utgående från FRAT. Hjälpmedlet omfattar både ett verktyg och en affisch som tillsammans ska fungera som ett enhetligt redskap i det dagliga arbetet på avdelningen. Verktöget är ett tryckark med riskbedömningsfrågorna från FRAT på ena sidan och rekommenderade fallförebyggande åtgärder på andra sidan. Affischen

fungerar som en manual för ”hur, för vem, när och varför” verktyget ska användas. De rekommenderade fallförebyggande åtgärderna och affischen med ”hur, för vem, när och varför verktyget” ska användas har vi fått fram genom en systematisk litteraturstudie.

I vår studie kom vi fram till att en effektiv åtgärd för att förebygga fallolyckor är att patienten får handledning enligt individuellt behov. Handledningen kan ges om hur alarmer i rummet ska användas, om patientens aktuella risk för fall och om vilka åtgärder som ska tillämpas samt om patienten upplever rädsla för fall. Anhöriga ska även få tillräckligt med handledning. Patienthandledning är en viktig del av det fallförebyggande arbetet (Stern & Jayasekara, 2009, s. 244-245). Vår studie visade också att det är viktigt att kontrollera patientens skor gällande stabilitet och passform. Om patienten inte har egna lämpliga skor ska skor erbjudas från avdelningen och om skor inte används ska patienten förses med halksockor. Lämpliga skor kan främja patientsäkerheten och är ett enkelt och kostnadseffektivt sätt att förebygga fallolyckor (Vass et al., 2015, s. 231-232).

Vårt resultat visade att det är viktigt att patienten får mobilisering för att förebygga fallolyckor. Om patienten har högre risk för fall krävs utförligare mobilisering. Patienter ska erbjudas tidig mobilisering för att förebygga komplikationer som kan uppstå av sängläge och som kan vara en riskfaktor för fallolycka (Lizarondo, 2015, s. 1-2). En annan förebyggande åtgärd är lämpliga gånghjälpmedel, uppresningsstöd och duschstol. Gånghjälpmedel, t.ex. stavar, rullatorer och käppar, ökar stabiliteten och kan förbättra balansen (Nazarko, 2015, s. 194).

Sängens höjd visade sig vara en kritisk faktor i vår studie. Det är viktigt att sängen är på låg höjd. Vi uppmärksammade att sängskena ska användas endast om patienten kan glida, rulla eller falla ur sängen eller för att lugna rädsla. Sängskena ska användas endast i samförstånd med patienten och får inte användas om patienten är desorienterad eller orolig. Vår studie visade också att hinder i miljön ska beaktas och man bör även undvika medel som hindrar rörlighet. Enligt Rheume och Fruh (2015, s. 321-323) ska patientsängen alltid vara på låg höjd, och Stern och Jayasekara (2009, s. 244-245) poängterar att sängskenor ska användas endast där det är indikerat.

Vi kom fram till att en viktig förebyggande åtgärd är att patientens medicinlista noggrant ska granskas eftersom en del mediciner, t.ex. sederande mediciner, ökar fallrisken. D-vitamin tillägg kan även vara en fallförebyggande åtgärd. Slade (2013, s. 1, 4) för fram att rekommenderade interventioner för att förebygga fallolyckor är bl.a. granskning av patientens medicinlista och användning av D-vitamin.

För patienter med högre risk för fall uppmärksammade vi att individuella armbandsalarm och höftbyxor rekommenderas. Wc-besök ska även övervakas, framför allt om patienten har urineringsbesvär. De patienterna med allra högsta risk för fall ska få vara i ett rum med övervakningskamera. Enligt Hill och Fauerbach (2014, s. 27-28) är t.ex. patientalarm, höftbyxor och övervakningskameror effektiva fallförebyggande åtgärder. Chen (2014, s. 1, 3) för fram att wc-besök ska planeras och övervakas.

För att förebygga fallolyckor krävs effektiva system som ger evidensbaserade riktlinjer, protokoll, träning, expertis, verktyg och stöd (Healey & Darowski, 2012, s. 175). För att främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor har vi utvecklat ett enkelt och koncist hjälpmedel. Verktuget ska kunna användas enkelt och snabbt i det dagliga arbetet. Affischen påminner vårdpersonalen om förebyggande av fallolyckor och om att använda verktuget. Affischen för fram IKINÄ-projektet och FRAT för att främja implementeringen av fallriskbedömningsverktuget. Affischen motiverar och ger riktlinjer för användningen av FRAT.

Vårt arbete utgick ifrån att fallriskbedömning ska göras för alla patienter över 65 år och för patienter som har haft stroke, enligt önskemål från avdelningen. Vi uppmärksammade att bedömningen ska göras vid inskrivning till avdelningen i samband med ankomstanamnes och upprepas vid förändringar i patientens tillstånd eller om fallolycka inträffar. Vår studie visade att närmandesättet som rekommenderas för riskbedömning och tillämpning av fallförebyggande åtgärder är patientcentrering. Det kan uppnås genom att man bedömer fallrisken, handleder och ger information vid patientens säng. Kommunikationen och patientens förståelse för fallprevention kan då främjas, patienten engageras och är delaktig i beslut. Patientcentrerad vård utgår ifrån att patienten är en aktiv medlem som blir involverad i sin vård (Fredericks et al., 2015, s. 394).

Vårt resultat visade att en viktig del av det fallförebyggande arbetet är dokumentation. Patientens fallriskpoäng och rekommenderade åtgärder ska dokumenteras i vårdplanen och patientjournalen. Ett tecken kan även införas på vårdpersonalens rumslista för de patienter som har förhöjd fallrisk. I vårdplanen ska patientens riskfaktorer och hur de kan förebyggas dokumenteras, vilket kan ha en positiv effekt på det fallförebyggande arbetet (Stern & Jayasekara, 2009, s. 247-248). Enligt avdelningens önskemål tar affischen också upp att en HaiPro-anmälan ska göras om en fallolycka inträffar och vid tillbud.

Riskbedömningsverktyg kan vara till hjälp för att på ett effektivt sätt kunna känna igen och bli medveten om vilka risker som finns för fallolyckor hos den enskilda patienten och

därmed kunna sätta in lämpliga åtgärder för de som löper risk för att falla (Robertson et al., 2010, s. 407-408). För att engagera och motivera vårdpersonalen att använda FRAT och rekommenderade fallförebyggande åtgärder visar affischen varför verktyget ska användas. Tanken med rubriken ”Vi kan förebygga fallolyckor” var att motivera och engagera vårdpersonalen. Vår studie visade att genom att förebygga fallolyckor kan en förbättring nås på olika nivåer. En fallolycka kan orsaka allvarliga komplikationer för patienten och resultera i längre sjukhusvistelse och större risk för återinskrivning. Genom att utföra en individuell riskbedömning för patienter i riskgruppen med hjälp av ett validerat riskbedömningsverktyg, främjas det fallförebyggande arbetet och antalet fallolyckor kan minska. Bättre vårdresultat kan nås samt bättre hälsa och livskvalitet för patienten. Patientsäkerheten främjas också och patienten kan erbjudas trygg vård, vilket i slutändan kan spara resurser.

För att främja implementeringen av vårt hjälpmedel och för att vårdpersonalen ska vara delaktiga, har vi besökt avdelningen två gånger under arbetets gång och vi kommer ännu att presentera vårt färdiga hjälpmedel och handleda vårdpersonalen i hur hjälpmedlet används. För att kunna förebygga fallolyckor behövs det motivation och handledning av vårdpersonalen för att de ska kunna identifiera och reagera på riskfaktorerna för fallolyckor (Swann, 2008, s. 294, 298).

Genom en systematisk litteraturstudie har vi uppnått vårt syfte och vi har fått svar på våra frågeställningar. Vi har utfört den systematiska litteraturstudien organiserat med klar målsättning under hela processen och dokumenterat alla steg. Denna metod var lämplig för vårt arbete eftersom metoden kan användas för ett projekt som har en kort tidsram. Intervjuer och observationer hade tagit längre tid att utföra. Genom att vi använt oss av litteratur om systematisk litteraturstudie har vi utfört metoden på ett korrekt sätt. Vi har haft tydligt formulerade frågeställningar redan från ett tidigt skede, en konkret beskrivning av val av metod samt en detaljerad beskrivning av sökord, sökordskombinationer och själva sökningen. Dessutom har vi motiveringar varför de artiklar som inkluderades i analysen utvaldes. Eftersom systematisk litteraturstudie är en kvalitativ metod kan det insamlade materialet ha påverkats av våra egna erfarenheter och upplevelser. Här har vi strävat till att hålla en professionell och objektiv nivå.

Efter att vi kommit fram till vårt arbets syfte och frågeställningar inledde vi datainsamlingen. Vi använde databaserna CINAHL with full text (EBSCO) och Joanna Briggs institute (JBI), vilka vi ansåg att är tillförlitliga, och de rekommenderades även från

projektets sida. Vi har använt oss av en stor mängd av sökord och sökordskombinationer. När sökningen blev mättad, d.v.s. sökningens resultat gav samma artiklar som vi redan hade, ansåg vi att de artiklar vi har valt ut gav en bra teoretisk grund för vårt arbete. Vi testade oss fram med många olika sökord och kombinationer före vi valde ut de relevanta sökorden. Vi valde ut de mest aktuella och för ämnet relevanta artiklarna från sökningen. Artikelsökningarna avgränsades med årtal. Ett krav var att artiklarna var förhandsgranskade i databasen CINAHL with full text (EBSCO). Från Joanna Briggs institute (JBI) använde vi främst evidens-sammanfattningar. Det totala antalet artiklar som vi analyserade var 40 och största delen av dessa var endast några år gamla. Artiklarna var vårdvetenskapliga och omfattade ett brett område, allt från konkreta fallförebyggande åtgärder till vårdpersonalens motivation och handledning. Våra nyckelord kom fram upprepade gånger i artiklarna.

Analyssteget utförde vi genom att sammanfatta resultatet av de utvalda artiklarna. Analysen resulterade i tydliga begreppskartor. Begreppskartorna utgjorde grunden för vårt funktionella hjälpmedel, men vi beaktade också önskemål från avdelningen i utformningen av hjälpmedlet. Analysen gjorde vi på ett konkret och enkelt sätt så att studien kan göras på nytt av vem som helst.

Utgående från den systematiska litteraturstudien utvecklade vi vårt funktionella hjälpmedel. Med tanke på tidsramen och att våra kunskaper i databehandlingsprogram var begränsade, så är vi nöjda med vår produkt. Genom att utvidga hjälpmedlet till alla riskgrupper kunde det användas mera mångsidigt. Enligt önskemål från avdelningen avgränsade vi vårt hjälpmedel att användas för patienter över 65 år och för patienter som har haft stroke. Det kunde emellertid finnas patienter på avdelningen som inte hör till dessa riskgrupper, men som ändå kan ha risk för att falla, t.ex. yngre patienter med andra neurologiska sjukdomar än stroke eller patienter som genomgått operation.

Från början var tanken att våra rekommenderade fallförebyggande åtgärder skulle korrelera med poängen från FRAT. Vi bestämde trots allt att istället använda en färgkodad pil som går från grönt till rött. Vi upplevde att vår systematiska litteraturstudie inte gav tillräckligt med kunskap för att ta ställning till vilka åtgärder som rekommenderas för de olika poängen. Detta kunde emellertid ses som en positiv aspekt, då detta möjliggör mera frihet för vårdpersonalen att bedöma och agera. Både vårt verktyg och vår affisch pryds av en bild på en nallebjörn som vi ansåg ger en positiv bild av det fallförebyggande arbetet. Nallebjörnen kan likväl associera till barn vilket inte är tanken. Här gav vi fria händer åt avdelningen att byta ut figuren om de så önskar.

Implementeringen och hur vårt hjälpmedel fungerar i praktiken kunde utvärderas av nästa års studerande inom projektet We Can – We Care, eftersom tidsramen inte räckte till för oss själva att utvärdera vårt hjälpmedel. Vårt hjälpmedel är ämnat för vårdpersonalen på den inremedicinska avdelningen, men även andra avdelningar med liknande patienter eller t.o.m. andra sjukhus kunde ha nytta av vårt hjälpmedel. Hjälpmedlet kunde också användas där majoriteten av vårdpersonal och patienter är finskspråkiga, emedan vårt hjälpmedel också finns som finsk version.

Inom kvantitativ forskning använder man termerna reliabilitet och validitet. Reliabilitet kallas även för tillförlitlighet. Med reliabilitet avses hur bra en forskare lyckas mäta det hen vill mäta, d.v.s. hur exakt, tillförlitlig och noggrann mätningen är. Mätningen ska ge samma slutresultat även om den görs vid andra tillfällen och av andra forskare. (Kvale & Brinkmann, 2014, s 295). Reliabiliteten är en viktig del av vårt examensarbete. Genom att vi beskrivit vilken metod vi har använt och att vi har en strukturerad och noggrann beskrivning av hur vi har gått till väga när vi sökt material ökas examensarbetets tillförlitlighet. Vi har använt oss av aktuella och relevanta artiklar som utgångspunkt för vårt arbete. Vi har endast använt primärkällor i analysen. Böcker och annat material har fungerat som stöd. Vi har gjort korta sammanfattningar av de utvalda artiklarna och resultatet har presenterats tydligt. Detta ökar tillförlitligheten eftersom samma material på basen av de angivna sökningarna kan bli uppsökta av vem som helst.

Validitet betyder giltighet, d.v.s. att det insamlade materialet för det valda ämnet är aktuellt och relevant, samt att det ska ha förmåga att mäta exakt det som är ämnat att mätas. Validitet är beroende av vad som ska mätas. Frågeställningen är också av stor betydelse. (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 296). Vi anser att vårt examensarbete har en hög validitet, eftersom vi hade en tydlig frågeställning och tydliga planer på vad ville uppnå med vårt arbete. Genom en klar och tydlig utgångspunkt, frågeställning och ett välplanerat mål för vårt arbete, kan vi säga att vårt examensarbete har gett ett slutresultat som kan definieras som giltigt.

Vårt examensarbete har följt ETENES etiska rekommendationer för social- och hälsovården (2011, s. 5-7) och har främjat vår etiska kompetens. Vårt arbete respekterade patientens människovärde, grundläggande rättigheter, mänskliga rättigheter, självbestämmanderätt och frihet att välja. Vårt arbete var till viss del patientcentrerat och utgick ifrån patientens intresse. Under hela arbetsprocessen strävade vi till att göra gott och undvika patientskador. Vården ska vara tillförlitlig och trygg för patienten och verksamheten ska vila på evidensbaserad kunskap. I vårt arbete växelverkade vi respektfullt med olika yrkeskategorier

inom vården, t.ex. med avdelningsskötare och specialplanerare. Vårt arbete främjar vårdpersonalens medvetenhet och ansvarstagande gällande riskpatienter för fallolyckor och vi möjliggör för vårdpersonalen att utveckla sitt arbete gällande preventiva åtgärder. Ansvarsfullhet och den etiska aspekten syns genom hela arbetet på olika nivåer.

I examensarbetsprocessen följde vi också Forskningsetiska delegationens principer om god vetenskaplig praxis (2012, s. 16-19) för att vårt arbete ska vara etiskt godtagbart och reliabelt. Forskningsetik omfattar etiska perspektiv och bedömningar kopplat till forskning och vetenskap. I vårt arbete har vi varit hederliga, omsorgsfulla och noggranna gällande datainsamling, bedömning, dokumentering och presentation av resultat. Vi använde systematisk litteraturstudie på ett rätt sätt enligt litteraturen vi har studerat om metoden. Vi visade hänsyn till andra forskares arbete genom att vi hänvisade till deras publikationer på ett korrekt sätt. Vi har använt oss av systemet peer-reviewed vid sökning av artiklar för att försäkra oss om att de använda artiklarna är granskade. Dessutom var valet av ämne etiskt rätt eftersom vidare forskning inom detta ämne önskades från fältet. Vi har gjort upp ett avtal om projektet med vår samarbetspartner den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus.

Enligt Brundtlandskommissionen i FN-dokumentet "Vår gemensamma framtid = Our common future" från år 1987 innebär hållbar utveckling att dagens behov kan uppfyllas och tillfredsställas, utan att riskera de kommande generationernas möjlighet att tillfredsställa sina behov. Hållbar utveckling betyder att samhället säkerställer människornas välbefinnande och skapar en fungerande social, ekonomisk och ekologisk utveckling. Den sociala hållbarheten innebär att alla människor har rättighet till ett hälsosamt liv och att deras rättigheter respekteras. Den ekonomiska hållbarheten betyder att det finns en fungerande ekonomisk utveckling som inte utsätter människan eller naturen för skada. Den ekologiska hållbara utvecklingen handlar om att spara på jordens ekosystem och naturresurser genom att t.ex. minska på koldioxidutsläpp. (Gulliksson & Holmgren, 2015, s. 12-13).

Människors hälsa och välmående är en viktig välfärdsfaktor. Människor med välfärdssjukdomar, t.ex. fetma och stressrelaterade sjukdomar, ökar ständigt. Med en åldrande befolkning blir sjukvården allt viktigare, men också kostsammare. Därför är samhället i ständigt behov av att hitta nya åtgärder inom hälso- och sjukvården och tillverka nya verktyg som är effektiva, men samtidigt ekonomiskt hållbara. (Gulliksson & Holmgren, 2015, s. 87-88).

Både verktyget och affischen har laminerats vilket möjliggör att de kan rengöras och är då aseptiska och hållbara i sjukhusmiljö. Verktygets kanter har formats runda så att verktyget inte kan orsaka skada för patienten vid närvård. Vi hoppas att vårt hjälpmedels enkla utformning och användarvänlighet motiverar vårdpersonalen att ha som vana att använda hjälpmedlet vid inskrivning av de patienter som hör till riskgruppen. Genom att identifiera riskerna för fallolycka kan vårdpersonalen tillämpa sådana åtgärder som är anpassade till patientens behov. Användning av hjälpmedlet kan skapa en hållbar miljö för patientens välmående och allmänna hälsa. Genom att förebygga fallolyckor kan vi också främja patienters livskvalitet och spara resurser inom sjukhuset.

Hela arbetsprocessen har fungerat bra. Samarbetet mellan gruppmedlemmarna gick smidigt och vi kom bra överens. Fastän vi gjort en del av vårt arbete på distans har vi ändå åstadkommit ett enhetligt arbete med gott resultat. Samarbetet med projektbeställaren, den inremedicinska avdelningen på Åbolands sjukhus, och samarbetet med vår kontaktperson från sjukhuset, specialplanerare Susanna Friman, har också fungerat väl. Ingen av oss upplevde svåra hinder under arbetsprocessens gång.

Avslutningsvis kan vi konstatera att vi uppnått examensarbetets kompetenser och våra mål genom att utveckla ett hjälpmedel som kan främja vårdpersonalens medvetenhet om förebyggande av fallolyckor för riskpatienter på en hälsofrämjande nivå. Vi har alla planer på att i mån av möjlighet använda vårt hjälpmedel på de arbetsplatser vi i framtiden kommer att arbeta på. Vi har även intresse för att utföra vidare forskning kring detta ämne, där patientcentrering kunde få en större roll. Examensarbetet har i stor grad främjat våra kompetenser som hälsovårdare och sjukskötare, fram för allt kompetens i hälsofrämjande vårdarbete samt undersöknings- och utvecklingskompetens. Examensarbetet har gett oss en god grund för framtida utmaningar inom vårddyrket.

Källförteckning

Barker, A., Kamar, J., Tyndall, T. & Hill, K., 2013. Reducing serious fall-related injuries in acute hospitals: are low-low beds a critical success factor? *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), s. 112–121.

Bennett, P. N., Ockerby, C., Stinson, J., Willcocks, K. & Chalmers, C., 2014. Measuring hospital falls prevention safety climate. *Contemporary Nurse*, 47(1-2), s. 27-35.

Bergman, K. & Papendick, L., 2014. Falls in the Neurologic Illness Population. *Journal of Trauma Nursing*, 21(4), s. 182-185.

Bradley, S. & Mott, S., 2013. Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23, s. 1927–1936.

Breimaier, H. E., Halfens, R. J. & Lohrmann, C., 2011. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20, s. 1744–1756.

Chen, Z., 2014. Falls Prevention Strategies: Acute In-Hospital Setting. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-6.

Chen, Z., 2015. Deprescribing Interventions: Reducing Falls Among the Elderly. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-2.

D'Arcy, M., 2014. Falls (Older People): Assessment and Prevention. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-5.

Day, H., 2014. Engaging staff to deliver compassionate care and reduce harm. *British Journal of Nursing*, 23(18), s. 974-980.

Dean, J. C. & Kautz, S. A., 2015. Foot placement control and gait instability among people with stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 52(5), s. 577–590.

Department of Health & Human Services, 2015. *Falls Risk Assessment Tool (FRAT)*. [Online]

<https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/policiesandguidelines/falls-risk-assessment-tool> [hämtat: 2.2.2016].

Fong, E., 2014. Fall Assessment and Intervention: Acute Care Setting. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-4.

Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier, värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forskningsetiska delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. [Online]

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [hämtat: 28.1.2016].

Fredericks, S., Lapum, J. & Hui, G., 2015. Examining the effect of patient- centred care on outcomes. *British Journal of Nursing*, 24(7), s. 394-400.

- Graham, B. C., 2012. Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls. *MEDSURG Nursing*, 21(5), s. 267-270.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2012. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gulliksson, H. & Holmgren, U., 2015. *Hållbar utveckling - Livskvalitet, beteende, teknik*. Lund: Studentlitteratur.
- Healey, F. & Darowski, A., 2012. Older patients and falls in hospital. *Clinical Risk*, 18(5), s. 170-176.
- Hempel, S., Newberry, S., Wang, Z., Booth, M., Shanman, R., Johnsen, B., Shier, V., Saliba, D., Spector, W. D. & Ganz, D. A., 2013. Hospital Fall Prevention: A Systematic Review of Implementation, Components, Adherence, and Effectiveness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(4), s. 483-494.
- Hill, E. & Fauerbach, L. A., 2014. Falls and Fall Prevention in Older Adults. *Journal of Legal Nurse Consulting*, 25(2), s. 24-29.
- Institutet för hälsa och välfärd a, 2015. *IKINÄ-verksamhetsmodell*. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/olycksfall/fallolyckor-bland-aldre/ikina-verksamhetsmodell> [hämtat: 28.1.2016].
- Institutet för hälsa och välfärd b, 2015. *Förebyggande av fallolyckor i Finland med IKINÄ-programmet*. [Online] <https://www.thl.fi/sv/web/olycksfall/fallolyckor-bland-aldre/forebyggande-av-fallolyckor-i-finland-med-ikina-programmet> [hämtat: 28.1.2016].
- Jansson, W., Nordell, E., Engelheart, S. & Nordlund, A., 2009. *Fallprevention - riskfaktorer och åtgärder för att förhindra fallolyckor bland äldre*. Stockholm: Liber.
- Jayasekara, R., 2015. Walking Frames/Sticks: Clinician Information. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-5.
- Jung, D., Shin, S. & Kim, H., 2014. A fall prevention guideline for older adults living in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 61, s. 525-533.
- Khanh Dao Le, L., 2014. Polypharmacy: An Aged Care Perspective. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-5.
- Khanh Dao Le, L., 2014. Residential Aged Care: Physical Restraint. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-5.
- Klang, B., Thorell-Ekstrand, I., Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S., 2014. *Sjuksköterskans omvårdnads-kunnande - en praktisk och teoretisk grundbok*. Harlow: Pearson.
- Kunde, L., 2015. Stroke: Fall Prevention. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-4.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2014. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lizarondo, L., 2015. Falls Prevention in General Ward Inpatients: Nurse-Led Exercise. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-3.

- Lizarondo, L., 2016. Fall Assessment and Intervention: Acute Care Setting. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-5.
- Lu, S., Kerr, D. & McKinlay, L., 2014. Bedside nursing handover: Patients' opinions. *International Journal of Nursing Practice*, 20, s. 451-459.
- Narayanasamy, A. & Penney, V., 2014. Coaching to promote professional development in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 23(11), s. 568-573.
- Nazarko, L., 2015. Modifiable risk factors for falls and minimizing the risk of harm. *Nurse Prescribing*, 13(4), s. 192-198.
- Pajala, S., 2012. *Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy*. [Online]
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e.pdf?sequence=1> [hämtat: 14.1.2015].
- Rein, T., 2005. *Vanhusten kaatumiset, opas hoidosta vastaaville*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Rheume, J. & Fruh, S., 2015. Retrospective Case Reviews of Adult Inpatient Falls in the Acute Care Setting. *MEDSURG Nursing*, 24(5), s. 318-324.
- Robertson, K., Logan, P. A., Conroy, S., Dods, V., Gordon, A., Challands, L., Smith, S., Humpage, S. & Burn, A., 2010. Thinking falls - taking action: a guide to action for falls prevention. 15(8), s. 406-410.
- Schmid, A. A., Yaggi, H. K., Burrus, N., McClain, V., Austin, C., Ferguson, J., Fragoso, C., Sico, J. J., Miech, E. J., Matthias, M. S., Williams, L. S. & Bravata, D. M., 2013. Circumstances and consequences of falls among people with chronic stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 50(9), s. 1277-1286.
- Shanahan, D. J., 2011. Bedrails and vulnerable older adults: how should nurses make 'safe and sound' decisions surrounding their use? *International Journal of Older People Nursing*, 7, s. 272-281.
- Slade, S., 2013. Falls (Older Person): Preventative Interventions. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-5.
- Slade, S., 2015. Falls: Risk Factors in the Elderly. *The Joanna Briggs Institute*, s. 1-5.
- Social- och hälsovårdsministeriet, 2011. *DEN ETISKA GRUNDEN FÖR SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDEN*. [Online]
<http://etene.fi/documents/1429646/1571620/Publikation+33+Den+etiska+grunden+för+social-+och+hälsovården%2C+2011.pdf/3cd3621e-5301-43d7-9eeb-5f6aecf84f5e> [hämtat: 28.1.2016].
- Spruce, L., 2015. Back to Basics: Patient and Family Engagement. *AORN Journal*, 102(1), s. 33-39.
- Stern, C. & Jayasekara, R., 2009. Interventions to reduce the incidence of falls in older adult patients in acute-care hospitals: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7, s. 243-249.
- Swann, J., 2008. Fall prevention is everyone's responsibility. *Nursing & Residential Care*, 10(6), s. 295-298.

Toode, K., Routasalo, P., Helminen, M. & Suominen, T., 2014. Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation. *International Nursing Review*, 61, s. 361–370.

Tzeng, H.-M. & Yin, C.-Y., 2012. Toileting-Related Inpatient Falls In Adult Acute Care Settings. *MEDSURG Nursing*, 21(6), s. 372-377.

Tzeng, H.-M. & Yin, C.-Y., 2015. Patient Engagement in Hospital Fall Prevention. *Nursing Economic\$,* 33(6), s. 326-334.

Undervisningsministeriet, 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon - Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet.* [Online]
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>
 [hämtat: 28.1.2016].

Urquhart-Wilbert, W., 2013. The Effectiveness of a Fall Prevention/Management Program In Reducing Patient Falls: A Retrospective Study. *The Journal of Chi Eta Phi Sorority*, s. 24-27.

Vass, C., Edwards, C., Smith, A., Sahota, O. & Drummond, A., 2015. What do patients wear on their feet? A service evaluation of footwear in elderly patients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 22(5), s. 225-232.

Yip, W. K., Liu, J. & Mordiffi, S. Z., 2012. Implementation of best practice in fall prevention in an adult acute medical ward. *The Joanna Briggs Institute*, s. 34-39.

Yrkeshögskolan Novia i Åbo, 2015. *Avdelningen för vård och det sociala området, projektbeskrivning för examensarbeten: projektplan för projektet We Can – We Care.* [Online]
<https://intra.novia.fi/campus/abo/utbildningsprogram/utbildningsprogrammet-for-det-sociala-området/lardomsprov-fou/> [hämtat: 6.4.2016].

Tabell 1. Sökord och sökordskombinationer

Sökord
Patient
Older adults
Older patient
Elderly
Over 65 years
Neurologic
Stroke patients
Illness
Fall
Accidental falls
Risk of harm
Patient safety
Safety
Hospital
Toilet
Prevention
Fall prevention
Fall assessment
Preventing falls
Reduce falls
Reducing fall in hospital

Action for fall prevention

Prevention of falls in hospital

Intervention

Measures

Programme

Bedrail

Practice

Patient centered

Patient centered care

Engagement

Nurse

Development

Work motivation

Coaching

Implementing research

Attitudes

Outcome

Result

Benefit

Sökordskombinationer
Accidental falls AND older adults AND over 65 years
Accidental falls AND older adults AND risk of harm
Accidental falls AND measures AND practice
Accidental falls AND neurologic
Accidental falls AND stroke patients
Fall prevention
Fall prevention AND older adults AND patient safety
Fall prevention AND hospital AND patient
Fall prevention AND older patient AND hospital
Fall AND elderly
Fall AND intervention
Preventing falls AND older adults
Action for fall prevention
Patient centered care AND engagement
Patient centered care AND fall AND illness
Patient centered AND safety AND hospital
Intervention AND reduce falls AND older adults
Patient AND toilet AND fall
Nurse AND development AND work motivation
Nurse AND development AND coaching
Practice AND attitude AND implementing research
Reducing fall in hospital AND outcome

Fall assessment AND prevention AND outcome
Fall prevention AND programme AND result
Bedrail
Patient centered AND patient safety AND benefit

Tabell 2. Artikelsökning

Databas	Datum	Avgränsningar	Sökord	Träffar/valda artiklar
CINAHL with Full Text (EBSCO)	7.1.2016	År 2010-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase	Accidental falls AND older adults AND over 65 years	5/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	7.1.2016	År 2010-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase	Accidental falls AND older adults AND risk of harm	4/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	7.1.2016	År 2010-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase	Fall prevention AND older adults AND patient safety	6/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	11.1.2016	År 2014-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Fall prevention AND hospital AND patient	19/3
CINAHL with Full Text (EBSCO)	11.1.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Fall prevention AND older patient AND hospital	7/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	11.1.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Patient AND toilet AND fall	3/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	13.1.2016	År 2005-2015 Peer reviewed Boolean/Phrase	Intervention AND reduce	5/1

			falls AND older adults	
CINAHL with Full Text (EBSCO)	13.1.2016	År 2006-2016 Peer reviewed, Boolean/Phrase	Preventing falls AND older adults	4/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	20.1.2016	År 2012-2015 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Patient centered care AND engagement	24/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	28.1.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Accidental falls AND measures AND practice	25/2
CINAHL with Full Text (EBSCO)	31.1.2016	År 2010-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase full text	Action for fall prevention	5/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	3.2.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Accidental falls AND neurologic	6/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	3.2.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Patient centered care AND fall AND illness	2/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	3.2.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Nurse AND development AND work motivation	4/1

CINAHL with Full Text (EBSCO)	3.2.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Nurse AND development AND coaching	11/2
CINAHL with Full Text (EBSCO)	4.2.2016	År 2011-2015 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Practice AND attitudes AND implementing research	5/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	28.2.2016	År 2011-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase PDF full text	Accidental falls AND stroke patients	11/2
CINAHL with Full Text (EBSCO)	5.3.2016	År 2013-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase/ PDF full text	Reducing fall in hospital AND outcome	83/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	9.3.2016	År 2012-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase/ PDF full text	Fall prevention AND programme AND result	37/2
CINAHL with Full Text (EBSCO)	9.3.2016	År 2013-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase/ PDF full text	Patient centered AND patient safety AND benefit	5/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	9.3.2016	År 2014-2016 Peer reviewed Boolean/Phrase/ PDF full text	Patient centered AND safety AND hospital	11/1
CINAHL with Full Text (EBSCO)	15.3.2016	År 2011-2015 Peer reviewed	Bedrail	4/1

		Boolean/Phrase/ PDF full text		
Joanna Briggs Institute (JBI) EBP Database (OvidSP)	3.2.2016	År 2011-2016 Evidence Summaries	Fall AND intervention	40/5
Joanna Briggs Institute (JBI) EBP Database (OvidSP)	3.2.2016	År 2010-2016 Ovid Full Text Available	Fall prevention	2/1
Joanna Briggs Institute (JBI) EBP Database (OvidSP)	10.2.2016	År 2010-2016 Evidence Summaries	Fall AND elderly	28/6
Joanna Briggs Institute (JBI) EBP Database (OvidSP)	5.3.2016	År 2014-2016 Recommended practices	Fall assessment AND prevention AND outcome	16/1

Tabell 3. Presentation av artiklar med resultat och motivering av val

Författare År	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Motivering av val
D. Jung, S. Shin, H. Kim 2014	A fall prevention guideline for older adults living in long-term care facilities	Förebygga fallolyckor på vård- inrättningar.	Systematisk litteratur- översikt	Att förebygga fallolyckor hos äldre genom att identifiera riskerna som orsakar fallolyckor. Riskfaktorer som orsakar fall hos äldre är tidigare fall, mediciner, psykiska och kognitiva sjukdomar eller störningar, sjukdomar eller miljöfaktorer som ökar risken för fall samt användning av olika hjälpmedel.	Ger viktiga aspekter för att förebygga fallolyckor.
E. Hill, L. A. Fauerbach 2014	Falls and fall prevention in older adults	Kartlägga faktorer som orsakar fallolyckor.	Litteratur- översikt	Det är en interaktion av flera olika riskfaktorer som leder till fallolyckor hos äldre patienter. Dessa riskfaktorer är bl.a. medicinering (opiater, sederande läkemedel, laxeringsläkemedel och diuretika m.fl.), nedsatt syn, kroniska och akuta sjukdomar, inkontinens, urineringsbesvär, smärta, muskelsvaghet och nedsatt rörelseförmåga. Genom att bedöma och utvärdera dessa riskfaktorer är det möjligt att få fram effektiva åtgärder för att förebygga fall, t.ex. olika protokoll och strategier för fallprevention. Hill och Fauerbach för fram olika hjälpmedel för att främja fallprevention men också hjälpmedel för när ett fall redan skett. Förebyggande åtgärder är alarm på de patienter som har högre risk för att falla och alarm som reagerar på snabba rörelser så att patienten som fallit får effektiv hjälp direkt efter att olyckan skett. Andra förebyggande faktorer är övervakningskameror, höftbyxor, praktiska åtgärder så som anpassade golv, utrustade toaletter, färgglada handtag på väggar och avskaffande av hinder som t.ex. ramper eller hack i golven. Utöver alla dessa åtgärder så krävs det också ett engagerat mångprofessionellt team för att tygla riskfaktorerna för fallolyckor.	Ger relevanta perspektiv på fallprevention.
L. Nazarko 2015	Modifiable risk factors for falls and minimizing the risk of harm	Att vårdpersonal ska kunna identifiera riskfaktorerna för fallolyckor.	"Case history approach" (Patient fall)	Frågeställningar om faktorer som kan öka risken för fallolyckor. Nazarko har utvecklat en tabell för att identifiera de vanligaste riskfaktorerna bakom fallolyckor, oftast är det flera olika faktorer som tillsammans ökar risken för fall. Riskfaktorerna för fallolyckor är akuta sjukdomar (t.ex. infektion i bröstorgansområdet och örat) och sjukdomar som t.ex. demens, en lindrig stroke, Parkinsons sjukdom, diabetes eller undernäring. Även synstörningar, balanssvårigheter, ortostatiskt blodtryck, inkontinens och mediciner (främst de med sederande effekt men även kalcium, vitamin B och vanliga smärtlindringsmediciner så som paracetamol och ibuprofen) är riskfaktorer för fallolyckor. Med hjälp av ett mångprofessionellt team är det möjligt att förhindra många fallolyckor både i hemmet och på vårdinrättningar.	Intressant val av metod och konkreta resultat som berör vårt tema.
C. Vass, C. Edwards, A. Smith, O. Sahota, A. Drummond 2015	What do patients wear on their feet? A service evaluation of footwear in elderly patients.	Att beskriva hurdana skor som äldre patienter använder på sjukhus.	Observation (n=675) och intervju (n=8)	Många patienter använde skor som inte var optimala för att ge stöd och stabilitet. Den vanligaste formen av skodon var tofflor (46 %) och halksockor (37 %). Tofflor var populära tack vare sin bekvämlighet men de gav inte den struktur som behövs för att ge tillräckligt stöd. En stor del av patienterna använde skor som hade en nöjaktig struktur och var slitna samt saknade stötdämpning och fixering. Patienter prioriterade att använda egna skor under sjukhusvistelsen. Genom att bedöma och uppmärksamma kvaliteten på skor samt tillhandahålla lämpliga skor för patienter under sjukhusvistelsen kan patientsäkerheten öka, speciellt gällande äldre patienter. Det visade sig att patienterna var endast en aning medvetna om kopplingen mellan att	För fram vikten av lämpliga skor i förebyggande av fallolyckor hos äldre patienter på ett förståeligt sätt, aktuell och ny forskning.

				använda olämpliga skor och risken för fallolycka. Ett kostnadseffektivt sätt att förebygga fallolyckor är att tillgodose patienterna lämpliga skor.	
H.-M. Tzeng, C.-Y. Yin 2015	Patient Engagement in Hospital Fall Prevention.	Att diskutera patientcentrering som ett alternativ i det preventiva arbetet mot fallolyckor inom avdelningsvården och det faktum att det finns inga preventiva program som tar fasta på patientens deltagande.	Systematisk litteraturoversikt	Patientcentrering rekommenderas i preventiva åtgärder. En modell som gynnar patientens deltagande i förebyggande av fallolyckor har utarbetats. Modellen är ett begreppsmässigt system som kan användas för vidare forskning och som riktlinje. Modellen strävar till att engagera patienten i det förebyggande arbetet under sjukhusvistelsen. Enligt modellen fås en trygg vistelse på sjukhuset utan fallincidenter genom att patienten får information, patienten involveras och får säga sin åsikt samt att patienten är delaktig i beslut. I planeringen av det förebyggande arbetet ska beaktas både karaktären hos sjukhuset och vårdavdelningen samt patientens egenskaper, bl.a. ålder, längden för sjukhusvistelsen, fysisk och mental status samt skador i hörsel eller syn. För att kunna engagera patienten måste sjuksköterskan förstå innebörden av patientcentrering och sedan tillämpa patientcentreringen i det kliniska arbetet. Detta kräver att sjuksköterskan ska gå över från att vara endast expert till att möjliggöra och tillåta patientens deltagande. Genom att utgå från patienten kan vistelsen på sjukhuset blir tryggare.	För fram ett aktuellt utvecklingsbehov, nämligen patientcentrerade metoder som utgångspunkten för det förebyggande arbetet gällande fallolyckor. Sammanfattar ett större antal riskbedömningsprotokoll för fallolyckor. Ny artikel inom området.
P. N. Bennett, C. Ockerby, J. Stinson, K. Willcocks, C. Chalmers 2014	Measuring hospital falls prevention safety climate	Att undersöka miljön på ett sjukhus kopplat till patientsäkerhet och förebyggande av fallolyckor, personalens prioriteringar.	Enkät (n=458)	För fram personalens prioriteringar gällande vad som borde förbättras på sjukhuset för att kunna förebygga fallolyckor. Detta kan fungera som ett hjälpmedel vid utveckling av effektiva strategier. Åtgärder enligt personalen för att förebygga fallolyckor; adekvat utrustning och evaluering av utrustningens lämplighet, tillräckligt med personal, kommunikation (även i mångprofessionella team), samarbete mellan kollegor, fysioterapi, ändamålsenliga skor, enkel och konkret identifikation av patienter med risk för att falla, samarbete med anhöriga, riktlinjer och instruktioner för tillvägagångssätt samt genomgång av medicinering. Hälften av alla deltagare i undersökningen hade uppmärksammat att kollegor gjort misstag i sitt arbete som orsakat eller kunde ha orsakat patientskada. Förebyggande av fallolyckor får inte lika stor uppmärksamhet som patientsäkerhet i allmänhet.	Resultaten ger inblick i hurudana interventioner som kan göras, enligt personalens perspektiv, för att utveckla patientsäkerheten gällande fallolyckor. Viktigt att ta i beaktande sjuksköterskans perspektiv.
F. Healey, A. Darowski 2012	Older patients and falls in hospital	Att diskutera processer som kan effektivisera användningen av evidensbaserade arbetsmetoder i handlingsprogram gällande prevention av fallolyckor inom avdelningsvård.	Systematisk litteraturoversikt	Evidensbaserade metoder tillämpas inte i tillräcklig hög grad i handlingsprogram gällande prevention av fallolyckor. Det är viktigt att erkänna problemets omfattning och att det är en komplex interaktion av olika riskfaktorer som leder till fallolyckor hos äldre patienter. Vårdare uppmärksammas ofta av skador orsakade av fallolyckor, detta motiverar vårdare att få till stånd en förändring. Det behövs effektiva stödssystem som ger evidensbaserade riktlinjer, protokoll, träning, expertis, verktyg och stöd samt mångprofessionellt samarbete. Alla fallolyckor kan trots allt inte förebyggas fastän effektiva och evidensbaserade metoder används. Metoderna som används får inte inkräkta på patientens värdighet, integritet och självbestämmanderätt utan ska utgå ifrån att gynna rehabilitering och självständighet. Genom att systematiskt kontrollera och agera enligt patientens individuella riskfaktorer kan fallolyckor förebyggas. Om en fallolycka inträffar ska en noggrann bedömning och intervention göras. Vårdplanen ska genomgå och förändras för att förebygga ytterligare fall.	Ger insikt i viktigheten att systematiskt kontrollera och agera enligt patientens individuella riskfaktorer för att förebygga fallolyckor. För fram att fallolyckor är en komplex interaktion av olika riskfaktorer.
H.-M. Tzeng, C.-Y. Yin 2012	Toileting-Related Inpatient Falls In Adult	Att reda ut faktorer som kan vara orsaken bakom olika	Retrospektiv studie (n= 547 rapporter)	Fallolyckor associerad med toalett- eller badrumsbesök eller besök till pottstol bredvid sängen har ett starkt samband med att patienten tidigare fallit, rörelseförmågan var förhindrad och att patienten tidigare hade blivit identifierad som	Artikeln för fram tydligt att strategier och protokoll för förebyggande

	Acute Care Settings	sorters fallolyckor, speciellt relaterade till toalettbesök, på vård-avdelningar.	om fall över 3 års tid)	hörande till riskgruppen. Totalt 45,2 % av fallolyckorna var associerade med toalettbesök medan 15,9 % av fallolyckorna hände under vägen till och från toaletten. Från resultaten ses att 51,4 % av alla fallolyckor hände i samband med att patienten steg upp från sängen eller gick tillbaka till sängen oberoende om det var ett toalettbesök eller inte. Strategier och protokoll för förebyggande av fallolyckor ska ta i beaktande patienternas behov av stöd vid toalettbesök. Verktyg för att bedöma risken för fallolyckor kan ha en positiv effekt i det förebyggande arbetet. Genom att använda olika sorters riskbedömningsprotokoll påminns sjukskötarna om att uppmärksamma och bedöma patientens karaktär. Bedömningsprotokoll ska inte ersätta sjukskötarnas förmåga att kritisk tänka och se helheten.	av fallolyckor ska ta i beaktande patienternas behov av stöd vid toalettbesök. Ger insikt i hur fallolycks-förebyggande strategier ska prioriteras.
C. Stern, R. Jayasekara 2009	Interventions to reduce the incidence of falls in older adult patients in acute-care hospitals: a systematic review	Att presentera evidens-baserade studier om fallolyckor och vilka verktyg som är mest betydelsefulla för förebyggande av fallolyckor i sjukhus-miljön.	Systematisk litteratur-översikt	Det finns flera faktorer som är av stor betydelse för förebyggande av fallolyckor bland äldre personer. Genom att implementera följande interventioner i sjukhusmiljö kan fallolyckor förebyggas; ett riskbedömningsverktyg, ett träningsprogram, undervisa patienterna om fallolyckors riskfaktorer och få patienterna att bli medvetna om riskfaktorerna.	Artikeln analyserar insamlad data från olika forskning om fallolyckor mellan åren 1998-2008, vilket ger en förståelse av vilka verktyg och faktorer som har varit mest betydelsefulla i förebyggande syfte inom ett längre tidsperspektiv.
J. Swann 2008	Fall prevention is everyone's responsibility	Att kartlägga vilka åtgärder som är de viktigaste att ta i beaktande vid fallolyckor	Systematisk litteratur-översikt	Det mest effektiva sättet att förebygga fallolyckor är att undervisa vårdpersonalen i riskfaktorerna och hur dessa kan förebyggas. Riskerna består av följande faktorer; åldrande, medicinering som används regelbundet, skomodellen, hjälpmedel och sjukhusmiljön. Dessa ovan nämnda faktorer ska beaktas av vårdpersonalen för att på bästa möjliga sätt kunna förebygga fallolyckor. Dessutom ska vårdpersonalen vara motiverade och engagerade i att vidare handleda patienter i fallolyckornas riskfaktorer, så att patienterna själva inser sin eventuella risk för att falla.	Relevant innehåll, skrivet på ett tydligt och konkret sätt om ämnet.
B. C. Graham 2012	Examining Evidence-Based Interventions to Prevent Inpatient Falls	Att kartlägga interventioner för att förebygga fallolyckor hos äldre.	Litteratur-översikt	Effektiva interventioner för att förebygga fallolyckor med hjälp av riskbedömningsprotokoll. Riskbedömningsprotokollen baserar sig på frågor om patientens dagliga mediciner, sjukdomar och andra symtom som kan öka risken för fall. För att minska risken för fall på grund av läkemedel bör patienter som är i riskgruppen för fall (65 år eller äldre) få sin medicinlista regelbundet granskad. Praktiska åtgärder för att förebygga fallolyckor i hemmet eller på sjukhus är att avlägsna alla risker för fall som orsakas av närmiljön, som t.ex. mattor och ramper. Hjälpmedel som kan förebygga fall är ordentliga skor, halksockor, ledstänger, olika handtag och duschstolar. För att minska risken för fall hos patienterna bör det finnas ett mångprofessionellt team som är specialiserade på fallprevention. Genom att införa effektiva interventioner och åtgärder, som de som blivit nämnda, kan risken för fallolyckor minskas. På samma gång som fallolyckorna minskar så minskar komplikationerna av fall och det innebär bättre hälsa och livskvalitet för patienterna.	Relevant för vårt arbete, evidens-baserade interventioner.

Z. Chen 2014	Falls Prevention Strategies: Acute In-Hospital Setting	Att redogöra för den bästa tillgängliga evidensen gällande preventionsstrategiers effektivitet för att förebygga fallolyckor för vuxna patienter som vårdas på avdelning.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (17 st.)	Evidensen visar att fallpreventiva program inom avdelningsvård som beaktar fallpreventionens många olika komponenter kan minska på risken för fall med t.o.m. 30 %. Ett validerat fallriskbedömningsverktyg ska användas. Vårdpersonalen och patienter ska få utbildning. Larmarmband och larm vid sängkanten ska användas. Wc-besök planeras och övervakas. Medicineringen och skor ska granskas. Sjukhusets fysiska miljö, kultur, vårdprocess och användning av teknik ska beaktas när mångfacetterade fallpreventiva program implementeras. Bästa praxis ska omfatta en bedömning av miljön på sjukhuset, t.ex. golvet, belysningen, observationsmöjlighet, skyltar, möbler och skor, identifiering av riskfaktorer för fall, tillämpning av åtgärder inriktade på de identifierade riskfaktorerna samt åtgärder för att minska risken för skada för de patienter som faller. För detta behövs stöd från ledningen, involvering av vårdpersonal som arbetar direkt med patienten, tvärvetenskapliga team, testning av programmet samt att engagera all personal för att uppnå målen. Patienter på avdelningen som redan fallit ska genomgå en bedömning efter fallet och ska betraktas som högriskpatienter för framtida fall. Potentiella hinder för effektiva fallpreventiva program är ökad användning av medel som begränsar patientens rörlighet, användning av mediciner med lugnande verkan och immobilisering av patienter.	För fram aktuella rekommendationer för bästa praxis för att förebygga fallolyckor.
K. Robertson, P. A. Logan, S. Conroy, V. Dods, et al. 2010	Thinking falls-taking action: a guide to action for falls prevention	Att motivera mångprofessionella inom vården att använda riskbedömningsverktyg för förebyggande av fallolyckor	Systematisk litteraturoversikt	För fram vikten av att vårdpersonalen blir undervisade och handledda för att på ett effektivt sätt kunna använda riskbedömningsverktyg för att identifiera riskerna för fallolyckor och därefter kunna förebygga dem genom att vidta lämpliga åtgärder enligt patientens behov. För att kunna motivera och engagera vårdpersonalen att använda riskbedömningsverktyg, undersöktes med hjälp av ett frågeformulär hur många vårdare inom ett sjukhus som hade ett riskbedömningsverktyg och kände till detta verktyg. 95 % påpekade att de kände till riskbedömningsverktyget, men att de inte hade använt det. De vanligaste orsakerna var att det inte fanns tillräckligt med tid, glömska och att riskbedömningsverktyget inte fanns till hands. Dessutom påpekades att brist på personal begränsade vårdpersonalens tid med patienterna och hade därmed en negativ effekt på vårdkvaliteten.	För fram vikten av riskbedömningsverktyg inom vården och betydelsen av att engagera vårdpersonalen i förebyggande syfte.
J. Rheume, S. Fruh 2015	Retrospective Case Reviews of Adult Inpatient Falls in the Acute Care Setting	Att undersöka orsaker till varför patienterna faller på ett sjukhus.	Retrospektiv studie av 6 fall.	Patienter som hör till riskgruppen för fallolyckor bör snabbt identifieras, övervakas noggrant och förses med effektiva alarm. De rekommenderade åtgärderna som bör tas i användning gällande de patienter som är i risk för fall baserar sig på den omgivande miljön, vårdprocessen, kulturen och teknologin. Sjukhuset ska ha heltäckande mattor eller inga mattor alls, minska användningen av skenan på patientsängarna och sängarna ska även alltid vara på låg höjd. Patienternas medicinlistor bör gås igenom och eventuell insättning av vitamin D och kalcium bör övervägas. Balansövningar och utbildning för patienterna om riskfaktorerna för fall är andra rekommenderade åtgärder. Enligt Rheume och Fruhs forskning så inträffar fallolyckor när patienterna försökte klara sig självständigt och när de inte var övervakade.	Intressanta tabeller, ny och aktuell artikel.
K. Bergman, L. Papendick 2014	Falls in the Neurologic Illness Population	Att undersöka om det finns typiska riskfaktorer för fallolyckor för patienter med	Retrospektiv studie av register och data för patienter som fallit under de	Det finns indikationer som är typiska för människor med neurologiska sjukdomar och är associerade med fallolyckor, dessa riskfaktorer bör beaktas i förebyggande syfte. Riskfaktorerna som är associerade med fallolyckor hos människor med neurologiska sjukdomar är användning av apparater som hjälpmedel i det dagliga livet, ensidig förlamning, brister i kommunikationen och	En annan målgrupp för fallolyckor.

		neurologiska sjukdomar.	senaste 12 månader (n=58).	problem med balansen eller yrsel. Dessa riskfaktorer är högt associerade med neurologiska diagnoser och bör beaktas när man vårdar patienter med neurologiska sjukdomar för att förebygga eventuella fall.	
K. Toode, P. Routasalo, M. Helminen, T. Suominen 2014	Hospital nurses' individual priorities, internal psychological states and work motivation	Att beskriva relationen mellan sjukskötarens individuella prioriteringar, inre psykologiska tillstånd och arbetsmotivation.	Enkät (n=201)	Råd och åtgärder för att förbättra och behålla sjukskötarens motivation till arbete. Dessa råd och åtgärder som ska öka sjukskötarens motivation är, att sjukskötare och deras yrke ska värderas av hela organisationen. Detta bör vara fastställt och tydligt för alla inom social- och hälsovården. Sjukskötarens arbetsmiljö och arbetsrelationer kräver viss bestämd uppmärksamhet. Flera insatser bör ges för att stödja sjukskötarens individuella prestationer, skicklighet, självbestämmande och professionell kompetensutveckling under varje arbetsdag. Flera effektiva strategier behövs för att hjälpa sjukskötare att själva förstå, att deras arbete är meningsfullt och att de är bra på det som de gör. Sjukskötarens individuella prioriteringar och orsaker till varför de arbetar bör periodvis granskas för att i ett snabbt skede kunna identifiera förändringar.	Lyfter fram vårdpersonalens motivation och hur den ska bevaras.
A. Narayanamy, V. Penney 2014	Coaching to promote professional development in nursing practice	Att föra fram handledningens betydelse för att motivera och engagera vårdpersonalen.	Systematisk litteraturoversikt	Handledning är ett effektivt verktyg för att förstärka vårdpersonalens engagemang och medvetenhet om olika riskfaktorer. Handledning har visat sig vara till stor nytta för individer och organisationer i termer av ökad produktivitet och andra faktorer, som t.ex. patientsäkerhet, förbättrad klinisk vård och sjukskötare som är trygga i sin yrkesroll. Det finns fördelar med att anta handledning som en strategi för sjukskötarens och annan hälso- och sjukvårdspersonals personliga och professionella utveckling. Handledning stöder sjukskötarens inläring och utveckling med fördelar för individer och organisationer.	Relaterat och aktuellt ämne inom vården.
S. Fredericks, J. Lapum, G. Hui 2015	Examining the effect of patient-centred care on outcomes	Att visa betydelsen av patientcentrerad vård inom vården, för att åstadkomma bättre vård.	Genomgång av 40 undersökningar om patientcentrerad vård mellan åren 1995-2014.	Vårdpersonal som arbetar patientcentrerat når bättre vårdresultat. Eftersom patientens önskemål och behov då blir hörda kan också vårdpersonalen på ett bättre sätt vårda patienten. Denna systematiska granskning av patientcentrerade inlägg fokuserade på vårdens effektivitet och förändringar av specifika faktorer. En faktor var kvaliteten på vården under sjukhusvistelsen som definierades som hur vården för patienten ökar sannolikheten för önskat hälsoreultat. Detta omfattar idén att undvika patientskador och att tillhandahålla effektiva tjänster baserade på vetenskapliga bevis och tillhandahållandet av vård som är patientcentrerad, effektiv och levereras i tid. Minskad kvalitet på vården kan leda till uppkomst av symtom som kunde förebyggas och dessa kan resultera i en ökad användning av sjukvårdens resurser och leda till längre sjukhusvistelser eller återinskrivningar på sjukhus. Annat av intresse var resultat av egenvården. Engagemang inom denna är en process som strävar till att förbättra eller bibehålla funktion samt lindra symtom. Exempel på egenvårdens delområden är aktivitet, kost, medicinering och att kontrollera symtom.	Patientcentrerad vård är ett centralt och relevant begrepp i vårt examensarbete
H. Day 2014	Engaging staff to deliver compassionate care and reduce harm	Undersöka vårdpersonalens engagemang och medkänsla för sitt arbete och dess samband med god vård och	Vårdpersonal svarade på frågor kring engagemang och deltog i interaktiva smågruppsarbeten.	Interaktiva metoder, som inkluderar praktiskt baserad inläring samt inläring i grupp stöder vårdpersonalen att engageras i sitt arbete, ge trygg vård av hög kvalitet och att vara öppen för nya idéer. Det är fördelaktigt att utgå från patientvårdare relationen och lära genom beteende samt vara personlig och humaniserad. Det är viktigt att vårdpersonalen ser ett direkt samband mellan handling och konsekvens. Enkla initiativ kan förbättra verksamheten, med målet att ge vård enligt patientens individuella behov. Personalen bör dessutom kontinuerligt uppdatera sin kunskap. Målet är att vårdpersonalen ska ha möjlighet att	För fram vårdpersonalens engagemang som en viktig faktor för att främja patientsäkerhet och vårdkvalitet. Aktuell och ny artikel som för fram

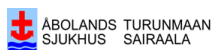
		risk för patientskador.		kontinuerligt engagera sig, leda och göra förändringar för att utveckla sina färdigheter. Genom att engagera vårdpersonalen främjas patientsäkerheten och vårdkvaliteten.	intressanta tankemönster.
S. Slade 2013	Falls (Older Person): Preventative Interventions	Att sammanställa rekommendationer för bästa praxis gällande evidensen för specifika interventioner för att förebygga fallolyckor bland äldre personer.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (15 st.)	Screening av riskfaktorer och program för tvärvetenskapliga interventioner som är anpassade av vårdpersonal till patientens individuella behov rekommenderas. Interventionerna ska omfatta granskning av läkemedel som patienten använder (t.ex. psykofarmaka kan öka risken för att falla), en bedömning av synförmågan, anpassning av miljön så att riskfaktorer reduceras samt program för regelbunden mobilisering och balans träning. De patienter som bedöms ha en större risk för att falla borde få genomgå en omfattande mångfacetterad bedömning av risk för fall och planering av interventioner, få fysioterapi och övningar för att förbättra muskelstyrkan och balansen samt D-vitamin tillägg.	En del av rekommendationerna har stark evidens för tillämpning och är anpassbara i sjukhusmiljö.
L. Kunde 2015	Stroke: Fall Prevention	Att reda ut evidens kring förebyggande av fallolyckor för patienter som haft stroke.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (6 st.)	Rekommendationer; patienter som haft stroke ska klassas som hög risk för fall. Mobilisering för att förbättra den fysiska funktionsförmågan och D-vitamin rekommenderas. För att få en förbättring av strokepatienters sitt-stå förmåga och öka benstyrkan rekommenderas att patienterna tränar och övar rörligheten upp till tre gånger i veckan. Tai Chi har visat sig vara effektivt för att förbättra den fysiska funktionsförmågan och på samma gång minskar träningen risken för fall hos patienterna.	Lyfter upp andra riskgrupper än äldre som är utsatta för fallolyckor.
E. Fong 2014	Fall Assessment and Intervention: Acute Care Setting	Att reda ut rekommendationer för bästa praxis för förebyggande av fallolyckor i sjukhusmiljön.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (9 st.)	Beskriver att fallolyckor ofta förekommer på sjukhus och att de flesta av patienterna i riskgruppen för fallolyckor är äldre patienter. De komplikationer som följer av fallolyckor kan variera från blåmärken och mindre skador till allvarliga skador så som höftfrakturer, vilka kan leda till död inom ett år i 14 % till 36 % av fallen. Därför är det viktigt att fallolyckor på sjukhuset förhindras i syfte att undvika patientskador. Litteraturen identifierar flera egenskaper som riskfaktorer för fallolyckor. Dessa består av patientens ålder, rörlighet och balansrubbningar, rädsla för att falla, mediciner, och hala golv. Det förebyggande programmet består t.ex. av tillgång till ett formellt riskbedömningsverktyg som identifierar riskerna för fall inom sjukhusmiljön och får vårdpersonalen att vara medvetna om dessa riskfaktorer för att kunna bedöma olika situationer och tillämpa rätta åtgärder.	Ger evidens-baserade rekommendationer.
M. D'Arcy 2014	Falls (Older People): Assessment and Prevention	Att föra fram bästa praxis för att förebygga fallolyckor bland äldre personer.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (10 st.)	Ger tydliga och motiverande riktlinjer för hur vårdpersonalen ska gå tillväga för att förebygga fallolyckor. En äldre person med en historia av fall har större risk att falla på nytt, därför ska vårdpersonalen vara extra noga med att uppmärksamma dessa personer för att kunna förebygga kommande fallolyckor. Vårdpersonalen kan förebygga fallolyckor genom att t.ex. fråga patienten vid inskrivning om hen har fallit förut, om patienten använder mediciner regelbundet och om så är fallet, vilka mediciner och varför. Patienter med sämre balans borde erbjudas balans- och muskelträning. Dessa ovannämnda preventionsriktlinjer kan inte helt och hållet förebygga alla fallolyckor, men den kan till en viss grad minska på fallolyckor inom sjukhusmiljö.	Poängterar viktigheten av de aktuella rekommendationerna för bästa praxis och för fram att det är viktigt att använda riskbedömningsverktyg inom vården för att förebygga fallolyckor.
W. K. Yip, J. Liu, S. Z. Mordiffi 2012	Implementation of best practice in fall prevention in an adult acute	Att implementera bästa praxis på en vårdavdelning	En presumtiv studie som utgår från ett projekt som använder	Fallolyckor kan minskas genom en förbättring av klinisk praxis där evidensbaserad kunskap bildar grunden, genom att öka medvetenheten om fallolyckor och fortbilda vårdpersonalen gällande fallprevention, genom försäkring av att utvärderingen av fallrisken och interventionerna är anpassade till varandra samt genom att förbättra	Relevant ämne, artikeln tar upp hur förebyggande åtgärder för fallolyckor implementeras

	medical ward	för att minska fallolyckor.	Joanna Briggs institute kliniska evidens-baserade bed-ömnings-system (JBI PACES) och strategier för granskning av risk-faktorer av fallolyckor (JBI GRIP) som grund.	patienters och anhörigas förståelse för fallinterventioner. Fallriskbedömning ska göras på nytt om det inträffar förändringar i patientens tillstånd eller om ett fall inträffar. Sex månader efter att projektet hade tagits i bruk så hade fallolyckorna minskat med 31 % på avdelningen jämfört med föregående år.	på en vårdavdelning.
H. E. Breimaier, R. J.G. Halfens, C. Lohrmann 2011	Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria	Att reda ut sjukskötares önskemål, behov, kunskap och attityder till forskning och tillämpning av ny evidens-baserad kunskap.	Enkät (n=1023)	Nya forskningsresultat borde användas mera inom branschen för att försäkra vård av hög kvalitet. Studien visade att 77,4 % av de sjukskötare som deltog använde sällan eller aldrig nya forskningsresultat avsiktligt de senaste åren medan endast 4,5 % använde ofta eller hela tiden nya forskningsresultat i sitt dagliga arbete. Totalt 60,4 % var intresserade av övning för att implementera ny evidensbaserad kunskap. Önskemål om hur forskning kan tillämpas i arbetet; information om varför forskningsresultatet är till nytta i det dagliga arbetet och presentation i en lätt tillgänglig form som främjar implementering i praxis, tillräckligt med tid för att tillämpa den nya kunskapen och professionellt stöd. Vilja hos sjukskötare att delta i vidare utbildning, t.ex. genom inlärnin i grupper, främjar tillämpningen av evidensbaserad kunskap i arbetet.	För fram sjukskötares önskemål om hur ny forskning och evidens kan tillämpas i arbetet.
Z. Chen 2015	Deprescribing Interventions: Reducing Falls Among the Elderly	Att få fram den bästa rekommenderade praxisen för att minska risken för fall hos äldre.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (3 st.)	Den bästa rekommenderade praxisen är en minskning av medicinintag för att reducera fall hos äldre. De läkemedel som kan öka risken för fall hos äldre är speciellt psykofarmaka och kardiovaskulära läkemedel.	Poängterar minskning av medicinintag för att reducera fallrisken.
L. Lizarondo 2015	Falls Prevention in General Ward Inpatients: Nurse-Led Exercise	Att förebygga komplikationer och fallrisken för patienter som är sängliggande en längre tid.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (2 st.)	Den bästa rekommenderade praxisen är att det behövs tidig mobilisering och träningsprogram för patienter som är sängliggande en längre tid för att minska risken för fall.	För fram mobilisering som en viktig aspekt i fall-förebyggande arbete.
L. Khanh Dao Le 2014	Residential Aged Care: Physical Restraint	Att samla studier som bevisar att användningen av tvång och hinder har en negativ inverkan på fallprevention	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (15 st.)	Det bör vara en rutin på inrättningarna att vårdpersonalen genomgår utbildning och får vägledning för att minska användningen av tvång och hinder i det vardagliga arbetet med patienterna. Behovet av hinder och tvång ska inte ses som en självklar åtgärd utan bör granskas och uppdateras regelbundet. Om vårdpersonalen hamnar att ha äldre patienter fastbundna på vårdinrättningarna så bör de vara under uppsikt för deras egen säkerhet. Äldre människors värdighet och självbestämmanderätt ska respekteras när man planerar vårdstrategierna.	För fram den bästa rekommenderade praxisen angående hinder som t.ex. sängskena.

L. Khanh Dao Le 2014	Poly-pharmacy: An Aged Care Perspective	Att utveckla rekommendationer för att minska på användning av läkemedel som en fallförebyggande åtgärd.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (16 st.)	Användning av icke-medicinska hjälpmedel bör främjas. Alternativ till medicinering bör övervägas när det är möjligt och i stället använda sig av t.ex. fysioterapi för artros, talterapi för sväljningssvårigheter, aktiviteter för att avlasta isolering samt förhindra depression och ångest. Mer forskning rekommenderas för att utveckla effektivare strategier för att minska användning av psykofarmaka.	En stor del av de personer som råkar ut för fallolyckor är medicinerade med flera läkemedel.
S. Slade 2015	Falls: Risk Factors in the Elderly	Att sammanfatta bästa praxis om olika faktorer som kan orsaka fallolyckor bland äldre personer.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (18 st.)	Fallolyckor bland äldre kan vara en livshotande händelse för patienten och resultera i långvarig vård. En fjärdedel av dödsfall inom äldreomsorgen är resultatet av fallolyckor. Både personliga och miljömässiga faktorer bidrar till fallolyckor och bör beaktas vid bedömningen av patienten. En äldre person har sämre förmåga att återfå balansen än yngre personer. Därför borde vårdpersonalen vid vårdandet av äldre patienter ta i beaktande både de inre och yttre riskfaktorer som kan orsaka fallolyckor. Inre faktorer är t.ex. ålder och yttre faktorer kan vara t.ex. skor.	Aktuell och givande information som ger större perspektiv på vårt examensarbete
R. Jayasekara 2015	Walking Frames/Sticks: Clinician Information	Att reda ut rekommendationer gällande användning av gånghjälpmedel.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade hälsovård-databaser (13 st.)	Ger riktlinjer för val av passande gånghjälpmedel. Litteraturen visar på följande faktorer som bör beaktas vid valet av gånghjälpmedel; käppen bör vara av ett material som inte böjer sig och stadig nog att bära personens vikt. Om käppen är av trä, bör det undersökas om det finns sprickor längs ådringen, gummispetsen bör rutinmässigt kontrolleras och bytas ut om den är sliten. Litteraturen hävdar att många äldre människor har liten eller ingen hjälp när de väljer ett flyttbart hjälpmedel; olämpliga val kan resultera i dålig gång, vilket kan öka risken för fallolyckor. I en recension över hjälpmedel för balans och rörlighet, noterades att käppar och andra gånghjälpmedel kan förbättra balansen och rörligheten, men även att en hel del människor upplever svårigheter att använda dessa hjälpmedel i vardagen. När den äldre ska välja ett gånghjälpmedel, är det viktigt att en läkare eller vårdare gör en professionell bedömning om den äldre har tillräcklig styrka, balans, koordination och omdöme för att använda sig av gånghjälpmedlet i fråga.	Tar upp gånghjälpmedel som kan vara ett viktigt hjälpmedel i det fallförebyggande arbetet.
W. Urquhart-Wilbert 2013	The Effectiveness of a Fall Prevention/Management Program In Reducing Patient Falls: A Retrospective Study	Att ge en allmän struktur för hur vårdpersonalen ska förebygga fallolyckor på bästa möjliga sätt.	Systematisk litteraturoversikt	Genom att identifiera patientens risk för att falla kan lämpliga åtgärder tillämpas. Alla förebyggande strategier måste fastställas individuellt för varje patient eftersom patienter kan falla under många olika omständigheter. Åtgärder för att förhindra fallolyckor bör standardiseras. Studien granskade 140 patientjournaler. Bland dessa deltog 137 patienter i det förebyggande programmet för fallolyckor. Gruppen bestod av 138 män och 2 kvinnor. Patienternas ålder varierade mellan 65-97 år med en genomsnittsålder på 77,06 år. Enligt vårdbestämmelserna gör sjukvårdspersonalen upp en plan för att minska på fallolyckorna. Patienter som hör till riskgruppen kännetecknas med en stjärna på armbandet, på utsidan av dörren till patientens rum och i patientens journal för att påminna vårdpersonalen om vilka patienter som hör till riskgruppen.	Ger rekommendationer för hur man ska kunna förebygga fallolyckor inom sjukhusmiljö.
L. Lizarondo 2016	Fall Assessment and Intervention: Acute Care Setting	Att bedöma fallrisken enligt individuellt behov för att kunna förebygga fallolyckor.	Evidens-sammanfattning, strukturerad sökning av litteratur och valda evidens-baserade	Patienter med risk för fallolyckor ska få det stöd och den hjälp som de behöver. Vid intagning på sjukhus, ska riskerna för fallolyckor för alla äldre bli identifierade genom att använda riskbedömningsverktyg. Det bör undersökas och dokumenteras om patienten har någon historia av fallolyckor. Om så är fallet, ska man behandla dessa patienter som högriskpatienter för fall. Patienten och anhöriga kan bli undervisade i	För fram en viktig del av den förebyggande vården inom sjukhusmiljö.

			hälsovård-databaser (4 st.)	riskerna för fallolyckor och om förebyggande medel som att använda ringklocka för att få hjälp att komma ur sängen och användningen av lämpliga halkfria skor. Informationen bör erbjudas både muntligt och skriftligt. Om det behövs, bör informationen vara tillgänglig på olika språk. För alla patienter som anses höra till riskgruppen för fallolyckor, ska det utvecklas en individuell åtgärdsplan för att identifiera riskfaktorer och för att minska riskerna för fallolyckor. Åtgärdsplanen innefattar även en bedömning av patientens rörlighet och balansrubbnings och ett individuellt utarbetat träningsprogram. Patientens medicinerings bör ses över för att identifiera eventuella mediciner som kan öka patientens risk för att falla.	
A. A. Schmid, H. K. Yaggi, N. Burrus, V. McClain, et al. 2013	Circumstances and consequences of falls among people with chronic stroke	Att identifiera skillnaden mellan de människor som har haft stroke och de som faller och de som har haft stroke men inte fallit, identifiera omständigheterna vid fallolyckor samt identifiera konsekvenserna av fall.	Sekundär dataanalys, intervju samt undersökning av deltagarna och genomgång av deras medicinska journaler (n=226)	Det finns faktorer (syn, språk, det sensoriska minnet, grad av medvetenhet samt störningar i motorikfunktionen) som ökar risken för fall hos patienter som haft stroke. Fall hos de som har haft stroke är nästan alltid förknippade med omständigheterna så som hygien eller vardagssysslor. Konsekvenserna av fall är ofta allvarigare för dessa patienter.	En annan riskgrupp för fallolyckor, patienter som haft stroke, som är relevant för vårt arbete.
J. C. Dean, S. A. Kautz 2015	Foot placement control and gait instability among people with stroke	Att undersöka strategier för stabilisering och kontrollera om de passar för människor som har haft stroke.	Experimentiella studier av grupper (n=35)	En minskad förmåga att kunna kontrollera var och hur man placerar sina fötter medverkar till instabilitet och rörelse svårigheter för människor som har haft stroke. Undersökningsresultatet kan utveckla nya rehabiliteringsstrategier för patienter som haft stroke.	Ny och intressant artikel för vår målgrupp (patienter som haft stroke).
A. Barker, J. Kamar, T. Tyndall, K. Hill 2012	Reducing serious fall related injuries in acute hospitals: are low-low beds a critical success factor?	Att förebygga fallolyckor bland patienter på sjukhus genom att använda låga sängar.	Retro-spektiv studie mellan åren 1999-2009	Det har gjorts en studie över betydelsen av låga sängar i sjukhusmiljön i förebyggande syfte för att minska fall hos äldre personer. Genom att använda låga sängar i sjukhusen, speciellt för dem i riskgruppen, kan man minska på allvarliga fallrelaterade olyckor. Allvarliga fallrelaterade skador minskade signifikant under studiens gång. När det fanns en låg säng i användning, i förhållande till nio eller fler sängar på normal höjd, fanns ingen statistiskt minskning i allvarliga fallrelaterade skador. En viktig minskning inträffade endast när det fanns en låg säng i förhållande till tre sängar på normal höjd.	För fram vikten av användning av låga sängar i förebyggande syfte inom sjukhuset.
S. Bradley, S. Mott 2013	Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals	Lyfter fram betydelsen av patientens delaktighet genom att införa en metod som handlar om överlämning av patientinformation vid patientens säng.	Etnografiska intervjuer med vårdpersonalen (n=48) och patienter (n=9)	För fram betydelsen av överlämning av patientinformation vid patientens säng. Metoden innebär att patienten är närvarande vid rapporteringen vid skiftesbyte. Enligt resultaten har både patienterna men också vårdarna gett positiv feedback på denna metod. Patienterna tyckte att de visste vad som händer, vem som kommer att vårda dem resten av dagen och de upplevde att de kunde påverka vårdplaneringen. Dessutom uppskattade de den tid som vårdarna spenderade med dem. Vårdarna ansåg att denna metod är ett effektivt sätt att ta med patienten vid vårdplaneringen och vårdarna ansåg också att kommunikationen blev bättre mellan dem och patienterna. Patienterna blev också mer involverade och ville t.ex. veta mer om sin vårdplanering. Vårdpersonalen ansåg att de kunde	Artikeln lyfter fram betydelsen av en metod för att främja patientcentrerad omvårdnad inom vården. Tar både patientens och vårdpersonalens åsikter i beaktande vid implementering.

				uppnå en god patientcentrering med hjälp av införande av denna metod. Resultaten visar att både patienter och personal anser att patienterna är mer delaktiga i sin vård då man tillämpar detta rapporteringssystem.	tering av metoden.
S. Lu, D. Kerr, L. McKinlay 2014	Bedside nursing handover: Patients' opinions	Att föra fram aspekter av patienternas synpunkt gällande överlämning av information gällande patienten vid patientens säng.	Systematisk litteratur-översikt	Patienterna tyckte att denna patientcenterade metod gynnade deras vård genom att den förbättrade kommunikationen mellan vårdaren och patienten. Patienten kände sig delaktigt i sin vårdplanering. Enligt studierna borde denna praxis ses som en viktig del av patientcenterade åtgärder inom vården.	En intressant artikel som tar upp en viktig synvinkel på patient-centererad vård, samt betydelsen av patientens delaktighet i vården.
S. Hempel, S. Newberry, Z. Wang, M. Booth, et al. 2013	Hospital Fall Prevention: A Systematic Review of Implementation, Components, Adherence, and Effectiveness	Att förbättra implementering av preventionsprogram för förebyggande av fallolyckor.	Systematisk litteratur-översikt	För fram riktlinjer om hur preventiva program inom sjukhusen bättre kan implementeras. Enligt studien behövs det en bättre rapportering av slutresultat, interventionsriktlinjer och en ansvarsgrupp inom varje vårdavdelning för att hitta metoder för hur vårdpersonalen och sjukhuset framgångsrikt kan undvika fallolyckor. Bättre implementering kunde uppnås genom att undervisa vårdpersonalen, upprätta olika team, utöka ledarskapsstödet och engagera vårdpersonal genom handledning. Studien beskriver fallpreventiva program som en sammansättning av olika komponenter beroende av ledarskap och involvering av samarbete mellan vårdpersonal och mångprofessionella. Programmen kan kräva övervakningsstrategier för att säkerställa att personalen håller fast vid de preventiva program som finns och genomför dem.	Relevant och givande artikel om hur man kan förbättra strategierna för att uppnå ett bra preventionsprogram för förebyggande av fallolyckor.
D. J. Shanahan 2012	Bedrails and vulnerable older adults: how should nurses make 'safe and sound' decisions surrounding their use?	Att reda ut tillgänglig evidens gällande hur sjukskötare ska ta beslut om användning av sängskena. Etiska principer tas i beaktande.	Systematisk litteratur-översikt	Vid beslutsfattande gällande användning av sängskenor måste fördelar och risker övervägas, speciellt gällande patienter med nedsatt kognitiv förmåga. Beslutsfattningen ska involvera patienten i så stor utsträckning som möjligt. Patientens anhöriga ska även involveras, speciellt om patienten har nedsatt kognitiv förmåga. Sängskenor ska användas endast om patienten anses vara i risk för att oavsiktligt glida, rulla eller falla ut ur sängen, eller för att lugna en patients rädsla för att falla, alltid i samförstånd med patienten. Patientens aktuella risk för fall och huruvida det är tryggt för patienten att använda sängskenor ska utredas. Om patienten är orolig eller desorienterad och antas kunna försöka ta sig ur sängen eller klättra över sängsskenan rekommenderas inte användning av sängskena, utan andra alternativ ska övervägas. Beslutet om användning av sängskena ska vara överenskommet, övervägt, dokumenterat, kontinuerligt uppdaterat och alla involverade ska vara medvetna om beslutet. Beslutet ska präglas av respekt för självbestämmanderätt, integritet, värdighet men också fysisk säkerhet.	Aktuell och ny artikel inom detta område, för fram viktiga aspekter gällande användning av sängskena.



VI KAN FÖREBYGGA FALLOLYCKOR

FALLHISTORIA: fall de senaste 12 månaderna

2 p. = inga fall

4 p. = ett eller flera fall de senaste 12 månaderna

6 p. = ett fall de senaste 3 månaderna

8 p. = flera fall de senaste 3 månaderna

MEDICINERING: sederande, antidepressiva och vätskedrivande mediciner, Parkinsons-mediciner, blodtrycksmediciner och sömnmediciner

1 p. = inga av ovanstående mediciner

2 p. = en medicin

3 p. = två mediciner

4 p. = flera än två mediciner

MENTALT TILLSTÅND: oro, ångest, nedstämdhet, kommunikations- eller samarbetssvårigheter, svårigheter med att realistiskt bedöma egna resurser t.ex. rörlighet och funktionsförmåga

1 p. = inget av ovanstående

2 p. = lindrigt ett/flera symtom

3 p. = märkbart ett/flera symtom

4 p. = stora svårigheter på en/flera delområden

KOGNITIV FÖRMÅGA OCH MINNE: poäng från MMSE-test/frågan "har du minnessvårigheter?"

1 p. = 25-30 i MMSE/inga svårigheter med minnet

2 p. = 18-24 i MMSE/lindriga minnessvårigheter

3 p. = 10-19 i MMSE/märkbara minnessvårigheter

4 p. = 0-12 i MMSE/framskridande minnessjukdom

POÄNG SAMMANLAGT (max 20 p.)

0-4 p. = liten risk för fall

5-11 p. = risken för fall är lindrigt ökad

12-15 p. = ökad risk för fall

16-20 p. = mycket hög risk för fall

Editorad version, ursprung: The Falls Risk Assessment Tool (FRAT) developed by the Peninsula Health Falls Prevention Service & Institutet för hälsa och välfärd, läkkaiden kaatumisten ehkäisy, Satu Pajala, 2012.



REKOMMENDERADE ÅTGÄRDER

Individuell **handledning** (även anhöriga); t.ex. hur alarmer i rummet används, aktuell risk för fall och åtgärder. Rädsla för fall?

Kontrollering av **skor**; stabilitet och passform. Om inte egna lämpliga skor → skor från avdelningen.

Halksockor om inte skor används.

Mobilisering.

Sängen på låg höjd.

Lämpligt **gånghjälpmedel**.

Uppresningsstöd och **duschstol**.

Granskning av **medicinlista** → t.ex. sederande mediciner ökar fallrisk.

D-vitamintillägg.

Beaktning av **hinder i miljön**.

Undvikande av medel som hindrar rörlighet.

Användning av **sängskena** om patient kan glida, rulla eller falla ur sängen eller för att lugna rädsla. I samförstånd med patient men **inte** om patient är desorienterad eller orolig.

Individuella **höftbyxor** och **armbandsalarm**.

Övervakning av **wc-besök**, framför allt om urineringsbesvär.

Utförligare **mobilisering** där rörlighet och balans främjas.

Rum med **övervakningskamera**. **NOVIA**

Susanna Kotkamaa, Madeleine Lindgren & Kajan Ashtiani 2016 ©



ABOLANDS TURUNMAAN
SJUKHUS SAIRAALA

OSAAMME EHKÄISTÄ KAATUMISET

KAATUMISHISTORIA: kaatumiset edeltävät 12 kk

2 p. = ei yhtään kaatumista

4 p. = yksi tai useampi kaatuminen viimeiset 12 kk

6 p. = yksi kaatuminen viimeiset 3 kk

8 p. = useampia kaatumisia viimeiset 3 kk

LÄÄKITYS: rauhoittavat, mielialalääkkeet, Parkinson-lääkitys, nesteenpoistolääkkeet, verenpainelääkkeet, uni- tai nukahtamislääkkeet

1 p. = ei mitään mainittujen lääkeryhmän lääkkeitä

2 p. = yksi lääke

3 p. = kaksi lääkettä

4 p. = useampi kuin kaksi lääkettä

HENKINEN TILA: onko levottomuutta, masentuneisuutta, vaikeutta kommunikoida- ja yhteistyökyvyssä, vaikeutta realistisesti arvioida omia resursseja, kuten liikkumis- ja toimintakykyä

1 p. = ei mitään mainituista

2 p. = vähäisesti yksi/useampia oireita

3 p. = kohtalaisesti yksi/useampia oireita

4 p. = vaikeaa ongelmaa yhdellä/useammalla alueella

KOGNITIO/MUISTI: MMSE-testipisteet/kysymys "onko muistivaikeuksia?"

1 p. = 25–30 MMSE/ei muistivaikeuksia

2 p. = 18–24 MMSE/vähäisiä muistivaikeuksia

3 p. = 10–19 MMSE/kohtalaisesti muistivaikeuksia

4 p. = 0–12 MMSE/etenevä muistisairaus

PISTEET YHTEENSÄ (max 20 p.)

0–4 p. = pieni riski kaatumiselle

5–11 p. = lievästi kohonnut kaatumisvaara

12–15 p. = kohonnut kaatumisvaara

16–20 p. = erittäin korkea kaatumisvaara

Editoitu versio, alkuperä: The Falls Risk Assessment Tool (FRAT) developed by the Peninsula Health Falls Prevention Service & Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, lääkärin kaatumisten ehkäisy, Satu Pajala, 2012.



SUOSITELTAVAT TOIMENPITEET

Yksilöllinen **ohjaus** (myös omaiset); esim. hälyttimen käyttö, nykyinen kaatumisriski ja toimenpiteet. Kaatumisen pelkoa?

Kenkien tarkistaminen; vakautta ja istuvuutta. Jos ei omia sopivia kenkiä → kengät osastolta.

Jarrusukat ellei kenkiä käytetä.

Mobilisointi.

Sänky matalalla.

Sopiva **apuväline** liikkumiseen.

Nousutuki ja suihkutuoli.

Läkelistan tarkistaminen → esim.

rauhoittavat lääkkeet lisäävät kaatumisriskiä.

D-vitamiinilisä.

Ympäristön esteiden huomioiminen.

Liikkuvuutta estävien välineiden välttäminen.

Sängynlaidan käyttäminen jos potilas voi

liukua, pyöriä tai pudota sängystä tai

pelkojen rauhoittamiseen.

Yhteisymmärryksessä potilaan kanssa mutta

ei jos potilas on desorientoitunut tai levoton.

Yksilölliset **lonkkasuojahousut** ja

käsivarsihälytin.

Wc-käyntien valvominen, etenkin jos on virtsaamisvaikeuksia.

Laajempi **mobilisointi** liikkuvuuden ja

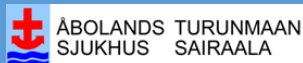
tasapainon edistämiseen.

Huone **valvontakameralla.**

NOVIA

Susanna Kotkamaa, Madeleine Lindgren & Kajan Ashtiani 2016 ©

VI KAN FÖREBYGGA FALLOLYCKOR



IKINÄ-PROJEKTET OCH FRAT

IKINÄ-projektet är ett program för att förebygga fallolyckor bland äldre. Programmet grundar sig på evidensbaserad kunskap för att kartlägga riskfaktorerna för fall och för att bedöma fallrisken. Projektet strävar till att öka medvetenheten och kunskapen om fallolyckor och att framhålla vikten av förebyggande åtgärder.

FRAT (Falls risk assessment tool) är utvecklat av Peninsula Health Falls Prevention Service. FRAT har tillämpats inom IKINÄ-projektet och används för att minska risken för fallolyckor genom att kartlägga fallrisken med hjälp av fyra kategorier; fallhistoria, medicinering, mentalt tillstånd och kognitiv förmåga/minne.

Källa: Institutet för hälsa och välfärd. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy, Satu Pajala, 2012.

RISKBEDÖMNINGSVRKYTG MED REKOMMENDERADE FALLFÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Verktöget består av riskbedömningsfrågorna från FRAT på ena sidan och rekommenderade fallförebyggande åtgärder på andra sidan.

"Vi kan förebygga fallolyckor" är resultatet av en systematisk litteraturstudie vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo. Verktöget och affischen är ämnade att tillsammans fungera som ett funktionellt hjälpmedel för vårdpersonal.

VI KAN FÖREBYGGA FALLOLYCKOR

FALLHISTORIA: fall de senaste 12 månaderna
 2 p. - inga fall
 4 p. - ett eller flera fall de senaste 12 månaderna
 6 p. - ett fall de senaste 3 månaderna
 8 p. - flera fall de senaste 3 månaderna

MEDICINERING: sederande, antiepileptiska och vasodilaterande mediciner, Parkinsons mediciner, blodtryckssänkare och sömnmiddel
 1 p. - inga av ovanstående mediciner
 2 p. - en medicin
 3 p. - två mediciner
 4 p. - flera än två mediciner

MENTALT TILLSTÅND: oro, ångest, nedstämdhet, kommunikations- eller sanseförändringar, svårigheter med att realistiskt bedöma egna resurser
 t.ex. tvivel och funktionsförmåga
 1 p. - inget av ovanstående
 2 p. - lindrigt ett/flera symptom
 3 p. - måttligt ett/flera symptom
 4 p. - flera svårigheter på en/flera delområden

KOGNITIV FÖRMÅGA OCH MINNE: poäng från MMSE-test/frågan "Var du minnesringheter?"
 1 p. - 25-30 MMSE/inga svårigheter med minnet
 2 p. - 18-24 MMSE/lindriga minnesringheter
 3 p. - 10-17 MMSE/måttliga minnesringheter
 4 p. - 0-9 MMSE/seriösa minnesringheter

POÄNG SAMMANLAGT (max 20 p.)
 0-4 p. - liten risk för fall
 5-11 p. - risk för fall är lindrigt ökad
 12-15 p. - ökad risk för fall
 16-20 p. - mycket hög risk för fall

Edited version, utgång: The Falls Risk Assessment Tool (FRAT) developed by the Peninsula Health Falls Prevention Service & Institutet för hälsa och välfärd. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy, Satu Pajala, 2012.

REKOMMENDERADE ÅTGÄRDER

Individuell handledning (öven anbudsgiv) t.ex. hur alarmet i rummet används, aktuell risk för fall och åtgärder. Råd för fall?

Kontrollering av skos stabilitet och passform. Om inte egna lämpliga skor -> skor från avdelningen.

Halksockor om inte skor används.

Mobilisering:
 Sängen på låg höjd.
 Längliggande hjälpmedel.
 Upprättningstid och duschstol.

Granskning av medicinalista -> t.ex. sederande mediciner ökar fallrisk.
 D-vitamin tillsätt.

Beaktning av hinder i miljön.
 Undvikande av möbelsom hindrar rörlighet.

Användning av sängskens om patient kan glida, rulla eller falla ur sängen eller för att ligga rökla. I samförstånd med patient om inlämning av patient i deorsierad eller orolig.

Individuella höftbryxor och armbandsalarm.

Övervakning av wc-besök, framför allt om urineringsbryder.

Utförligare mobilisering där rörlighet och balans främjas.

→ Rum med övervakningskamera. **NOVIA**

Source: Novia University of Applied Sciences, 2016

YRKESHÖGSKOLAN
NOVIA

Susanna Kotkamä, Madeleine Lindgren
& Kajan Ashtiani 2016 ©

FÖR VEM? För alla patienter över 65 år och för patienter som har haft stroke.

NÄR? Vid inskrivning till avdelningen i samband med ankomstnamnes, på nytt vid förändringar i patientens tillstånd och om fallolycka inträffar.

HUR? Det rekommenderade närmandesättet är patientcentrering. Det uppnås genom att bedöma fallrisken, handleda och ge information vid patientens säng. Kommunikationen och patientens förståelse för fallprevention främjas, patienten engageras och är delaktig i beslut.

Patientens fallriskpoäng och rekommenderade åtgärder dokumenteras i patientjournalen. Ett tecken införs på vårdpersonalens rumslista för de patienter som har förhöjd fallrisk.

Om fallolycka inträffar och vid tillbud görs en HaiPro-anmälan.

VARFÖR?

En fallolycka kan orsaka allvarliga komplikationer för patienten och resultera i längre sjukhusvistelse och större risk för återinskrivning.

Genom att utföra en individuell riskbedömning för patienter i riskgruppen med hjälp av ett validerat riskbedömningsverktyg främjas det fallförebyggande arbetet och antalet fallolyckor kan minska.

Bättre vårdresultat fås och bättre hälsa och livskvalité för patienten.

Patientsäkerheten främjas och patienten erbjuds trygg vård vilket i slutändan sparar resurser.

OSAAMME EHKÄISTÄ KAATUMISET



ÄBOLANDS TURUNMAAN
SJUKHUS SAIRAALA



IKINÄ-PROJEKTI JA FRAT

IKINÄ-projekti on ohjelma iäkkäiden kaatumisennustemuksien ehkäisemiseen. Ohjelma pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon, kartoittamaan kaatumisen riskitekijät ja arvioimaan kaatumisriskiä. Projektin tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja tietämystä kaatumisennustemuksista sekä korostaa ehkäiseviä toimenpiteitä.

FRAT (Falls risk assessment tool) on kehitetty Peninsula Health Falls Prevention Service toimesta. FRAT on sovellettu IKINÄ-projektissa ja sitä käytetään vähentämään kaatumisennustemuksia kartoittamalla kaatumisriskiä neljän kategorian avulla; kaatumishistoria, lääkitys, henkinen tila ja kognitio/muisti.

Lähde: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy, Satu Pajala, 2012.

RISKIARVIOINTIVÄLINE JA SUOSITELTAVAT TOIMENPITEET KAATUMISEN EHKÄISYYN

Työkalu koostuu FRAT-riskiarviointikysymyksistä ensimmäisellä puolella ja suositeltavat toimenpiteet kaatumisen ehkäisyyn toisella puolella.

"Osaamme ehkäistä kaatumiset" on tulos systemaattisesta kirjallisuustutkimuksesta Ammattikorkeakoulu Noviaassa, Turussa. Työkalu ja juliste on tarkoitettu toimimaan yhdessä toiminnallisena apuvälineenä hoitohenkilökunnalle.



OSAAMME EHKÄISTÄ KAATUMISET

KAATUMISHISTORIA: kaatumiset edeltävät 12 kk
2 p. = ei yhtään kaatumista
4 p. = yksi tai useampi kaatuminen viimeiset 12 kk
6 p. = yksi kaatuminen viimeiset 3 kk
8 p. = useampi kaatuminen viimeiset 3 kk

LÄÄKITYS: rauhoittavat, mielivalmisteet, Parkinson-lääkitys, nestepöytävalmisteet, verenpainelääkkeet, uni- tai ruuhtamislääkkeet
1 p. = ei mitään mainittujen lääkeyhdistelmien lääkettä
2 p. = yksi lääke
3 p. = kaksi lääkettä
4 p. = useampi kuin kaksi lääkettä

HENKINEN TILA: onko leikkimielisyys, suhteellisuus, vaikeus kommunikoida ja ymmärtää, vaikeus muistaa, vaikeus ottaa huomioon, vaikeus liikkua ja toimintakyky
1 p. = ei mitään mainittua
2 p. = vähintään yksi/ useampi oireita
3 p. = kummallakin yksi/ useampi oireita
4 p. = useampi oireita/ useampi oireita/ useampi oireita

KOGNITIO/MUISTI: MMSSE-testitulos, kysymys "onko muistivaikeus?"
1 p. = 25-30 MMSSE tai muistivaikeus
2 p. = 18-24 MMSSE/ vähäisiä muistivaikeuksia
3 p. = 10-17 MMSSE/ kohtalaiset muistivaikeudet
4 p. = 0-9 MMSSE/ useita muistivaikeuksia

PISTEET YHTEENSÄ (max 20 p.)
0-4 p. = pieni riski kaatua
5-11 p. = lievästi koostunut kaatumisvaara
12-15 p. = koostunut kaatumisvaara
16-20 p. = erittäin korkea kaatumisvaara

Edistetty versio alkuperäisestä The Falls Risk Assessment Tool (FRAT) developed by the Peninsula Health Falls Prevention Service & Terveystieteiden tutkimuskeskus. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy, Satu Pajala, 2012.

YRKESHOGSKOLAN
NOVIA

Susanna Kotkamaa, Madeleine Lindgren
& Kajan Ashtiani 2016 ©



SUOSITELTAVAT TOIMENPITEET

Yksilöllinen ohjeus (myös omaiset): esim. hälytintimen käyttö, nykyinen kaatumisriski ja toimenpiteet: Kaatumisen pelko?
Keskien tarkistaminen: vakautta ja itävuutta, jos ei omia sopivia kenkiä → kengät osastoilta
Harjoitukset: ei kukaan käytett.

Sinkki matalalla.
Sopiva apuväline liikkumiseen.
Neuvottelu ja valvonta.

Läikkeitä tarkistaminen: esim. rauhoittavat lääkkeitä liikkua kaatumisriskiä.
O-välineillä.

Ympäristön esteiden huomioiminen. Liikurvasta esteiden väläiden välttäminen.

Sängynalaidan käyttäminen jos potilas voi istua, pyörä tai puolesta sängystä tai pukeutua rauhoittamiseen.

Yhteistyömyyryksessä potilaan kanssa mutta ei jos potilas on desorientoitunut tai levoton.

Yksilölliset leikkamajahuoneet ja käsivarsihyllyt.
Wc-käytävän valvominen, etenkin jos on virtsaamisvaikeuksia.
Lajempi mobiililaitteita liikkuvuuden ja tarpeiden edistämiseen.
Huone valvontakameralla.

NOVIA

KENELLE? Kaikille yli 65 vuotiaalle potilaille ja potilaille joilla on ollut aivohalvaus.

MILLOIN? Osastolle sisäänkirjauksen ja tuloanamneesiin yhteydessä, uudestaan jos tapahtuu muutoksia potilaan tilassa tai kaatumisennustemuksen sattuessa.

MITEN? Suositeltava lähestymistapa on potilaskeskeisyys. Tämä saavutetaan arvioimalla kaatumisriski, ohjaamalla ja antamalla tietoa potilaan sängyn vieressä. Kommunikointi ja potilaan ymmärrys kaatumisehkäisystä edistyy, potilas saa osallistua ja vaikuttaa päätöksen tekoon.

Potilaan kaatumisriskipisteet ja suositeltavat toimenpiteet dokumentoidaan potilastietoihin. Henkilökunnan huonelistaan laitetaan merkki niille potilaille joilla on suurentunut vaara kaatua. Kaatumisennustemuksista ja vaaratilanteista tehdään HaiPro-ilmoitus.

MIKSI?

Kaatumisennustemuksuus voi aiheuttaa vakavia komplikaatioita potilaalle ja johtaa pidempään sairaalahoitoon ja suurempaan riskiin uudelleen sisäänkirjaukseen.

Kaatumisehkäisevä työ edistyy toteuttamalla yksilöllistä riskiarviointia riskiryhmän potilaille validoidun riskiarviointivälineen avulla ja näin kaatumisennustemuksien määrä voi pienentyä.

Saavutetaan parempi hoitotulos, potilaalle parempi terveys ja elämänlaatu.

Potilasturvallisuus edistyy ja potilaalle tarjotaan turvallista hoitoa, joka lopulta säästää resursseja.